

**Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa**  
**Mestrado em Saúde e Envelhecimento – 3ª Edição**



***O processo de envelhecimento numa população adulta com  
défice intelectual e desenvolvimental, DID:  
“perfil de funcionalidade”***

**Ana Maria Fanico Ferreira**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Envelhecimento

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Amália Botelho  
**Co-orientadora:** Dra. Ana Paula Fontes

Junho 2014

**Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa**  
**Mestrado em Saúde e Envelhecimento – 3ª Edição**

***O processo de envelhecimento numa população adulta com défice intelectual e desenvolvimental, DID:  
“perfil de funcionalidade”***

**Autora:** Ana Maria Fanico Ferreira, N° 2011595

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Amália Botelho  
(Sub-diretora da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa)

**Co-orientadora:** Dra. Ana Paula Fontes  
(Doutoranda em Ciências da Vida na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)

Junho 2014

"O envelhecimento é um processo individual,  
mas envelhecer bem é um processo social..."  
Dr. Jesús Flórez

## AGRADECIMENTOS

*A todos aqueles que tornaram possível a concretização deste trabalho gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.*

*À Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Amália Botelho, o meu muito obrigada por todo apoio e orientação ao longo desta minha jornada.*

*À Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Fontes agradeço as orientações dadas no início deste trabalho.*

*À Dr.<sup>a</sup> Sara Dias agradeço a disponibilidade demonstrada, apesar do estado de graça avançado em que se encontrava.*

*À minha amiga mestra Vitória Feitosa o meu muito obrigado pela paciência e incentivo dado durante as nossas longas conversas... sem ela, o SPSS teria sido um obstáculo difícil de transpor!*

*À minha família, o meu porto seguro, os meus maiores admiradores e críticos... a vocês, a certeza de que mesmo com períodos de ausência e alguma falta de tempo foram (e serão sempre...) a minha grande prioridade.*

*À Deus, por me ter segurado ao colo quando esmoreci e me ter dado forças quando elas me faltaram...*

*Por fim, mas não menos importantes, às pessoas com DID que participaram neste estudo... ao longo de quase três décadas de convívio têm sido a razão do meu muito estudar... a vocês o meu muito, muito obrigada!*

## RESUMO

O envelhecimento demográfico da população associado aos avanços científicos fez com que esse fenómeno se estendesse à população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. O processo de envelhecimento na população com DID acarreta novas formas de dependência, carências e perdas que, associadas à deficiência assumem contornos de dupla vulnerabilidade: ser idoso e ser deficiente. **Objetivos**, deste estudo foram caraterizar o perfil de funcionalidade numa população adulta com DID e apurar de que forma é que os aspectos sociodemográficos, condição de saúde, estado nutricional e redes sociais de apoio interferem nesse perfil. **Metodologia**, aplicou-se a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa a uma amostra de 40 indivíduos com DID, procedeu-se ao estudo da relação entre os vários domínios da escala e os diferentes aspetos anteriormente mencionados. **Resultados**, apontam para o fato, de tal como na população em geral, o processo de envelhecimento desta população variar em função do estado de saúde, das limitações da própria deficiência e da existência de sistema de apoios mais do que a idade cronológica. **Conclusão**, o envelhecimento da população com DID é um fenómeno recente sendo por isso importante ter um conhecimento mais aprofundado das suas caraterísticas e necessidades. A ECAP revelou ser um instrumento que permite avaliar o desempenho funcional desta população distinguindo-a da restante população idosa contribuindo assim, para o desenvolvimento de planos e programas de intervenção mais adequados.

**Palavras - chave:** Défice intelectual e desenvolvimental, envelhecimento, desempenho funcional, Escala de Comportamento Adaptativo.

## ABSTRACT

The aging of the population associated with scientific advances made this phenomenon extend to the population with intellectual and developmental difficulties. The aging process in people with DID entails new forms of dependence, shortages and losses, associated with disability take contours of double vulnerability: being elderly and being disabled. **Objectives**, in this study were to characterize the profile functionality in an adult population with DID and determine how it is that their sociodemographic characteristics, health status, nutritional status and members support networks affect this listing. **Methodology**, was applied the adaptive behavior scale Portuguese version to a sample of 40 individuals with DID, we proceeded to study the relationship between the various domains of the scale and the different aspects mentioned above. **Results**, point to the fact, such as in the general population, the aging of the population vary depending on the state of health, of the limitations of the disability itself and the existence of support rather than chronological age system. **Conclusion**, an aging population with DID is a recent phenomenon and is therefore important to have a broader knowledge of their characteristics and needs. ECAP has proved to be a tool to evaluate the functional performance of this population distinguished from the remaining elderly population, thus contributing to the development of plans and most appropriate intervention programs.

**Keywords:** Intellectual and developmental disabilities, independent functioning, aging, adaptive behavior scale.

## Índice

INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 - Défice Intelectual e Desenvolvimento (DID)	5
1.1.1 - Definição e paradigma da DID	5
1.1.2 - Sistema de classificação da DID	8
1.1.3 – Etiologia da DID	9
1.2 - Envelhecimento da população com DID	10
1.2.1 - Envelhecimento demográfico na população com DID	11
1.2.2 - Especificidades do envelhecimento da população com DID	11
1.2.2.1 - Aspectos relacionados com o envelhecimento e as condições de saúde	13
1.2.2.2 - Aspectos relacionados com o envelhecimento e os estilos de vida	16
1.2.2.3 - Aspectos relacionados com a percepção do próprio envelhecimento e a qualidade de vida	17
1.2.2.4 - Aspectos familiares e sociais que advêm do envelhecimento mútuo: do cuidador e da pessoa com DID	18
1.2.3 - A funcionalidade no processo de envelhecimento da pessoa com DID	20
II - METODOLOGIA	22
2 - Métodos	22
2.1- Tipo de estudo	22
2.2 - Universo amostral	22
2.2.1 – Amostra	22
2.3 - Considerações éticas	23
2.4 – Instrumento de avaliação	23
2.5 - Variáveis do estudo	27
2.6 - Procedimentos	27
2.7 - Análise de resultados	28
3 – RESULTADOS	29
3.1. - Análise descritiva das características sociodemográficas	29
3.2 - Análise descritiva dos aspetos relacionados com a saúde	30
3.3 - Análise descritiva do perfil de funcionalidade	33
3.4 - Análise inferencial	50
4 – DISCUSSÃO	55
4.1 - Discussão da metodologia	55
4.2 - Discussão dos resultados da análise descritiva da amostra	55
4.3 - Discussão dos resultados da análise inferencial amostra	58
4.4 - Limitações do estudo	60
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	62

## Índice de Figuras, Quadros e Tabelas

<b>Figura I</b> - Multidimensionalidade do Funcionamento Humano	7
<b>Quadro 1</b> – Descrição dos Domínios da Parte I e Parte II da ECAP	24
<b>Quadro 2</b> – Descrição dos Fatores da ECAP	25
<b>Tabela 1</b> - Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas	30
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da amostra quanto ao diagnóstico	30
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da amostra quanto às comorbidades associadas à DID	31
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da amostra quanto à farmacoterapia	31
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da amostra quanto ao índice de IMC	32
<b>Tabela 6</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação à idade	33
<b>Tabela 7</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação à idade	34
<b>Tabela 8</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação à idade	34
<b>Tabela 9</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação ao sexo	35
<b>Tabela 10</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação ao sexo	36
<b>Tabela 11</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação ao sexo	37
<b>Tabela 12</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação às redes sociais de apoio	38
<b>Tabela 13</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação às redes sociais de apoio	39
<b>Tabela 14</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação às redes sociais de apoio	39
<b>Tabela 15</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação ao diagnóstico	40
<b>Tabela 16</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação ao diagnóstico	41
<b>Tabela 17</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação ao diagnóstico	42
<b>Tabela 18</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação às comorbidades associadas à DID	43
<b>Tabela 19</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação às comorbidades associadas à DID	44



<b>Tabela 20</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação às comorbilidades associadas à DID	45
<b>Tabela 21</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação à farmacoterapia	46
<b>Tabela 22</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação à farmacoterapia	47
<b>Tabela 23</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação à farmacoterapia	48
<b>Tabela 24</b> - Valores dos domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária em relação aos valores de IMC	49
<b>Tabela 25</b> - Valores dos domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP em relação aos valores de IMC	50
<b>Tabela 26</b> - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação aos valores de IMC	50
<b>Tabela 27</b> – Relação entre os domínios de Desempenho funcional: Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária com idade, sexo e diagnóstico	51
<b>Tabela 28</b> – Relação entre os domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP com idade, sexo e diagnóstico	52
<b>Tabela 29</b> - Relação entre os fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP com idade, sexo e diagnóstico	52
<b>Tabela 30</b> - Relação entre os domínios de Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária com comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC	53
<b>Tabela 31</b> - Relação entre os domínios de Comportamentos Desviantes da ECAP com comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC	54
<b>Tabela 32</b> - Relação entre os fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP com comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC	54

## Lista de Abreviaturas

**AAMR** - American Association on Mental Retardation

**AAIDD** - American Association of Intellectual and Developmental Disabilities

**ABO** - Grupos sanguíneos A,B,O.

**APA** - American Psychiatric Association.

**AVDs** - Atividades de vida diária.

**AIVDs** - Atividades instrumentais de vida diária.

**CA** - Comportamento adaptativo.

**CAO** - Centro de Atividades Ocupacionais.

**CERCI** - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados.

**CID-10** - Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde

**DID** - Déficit Intelectual e Desenvolvimento.

**DMS-IV** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

**ECAP** - Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa.

**FENACERCI** - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social.

**IASSID** – International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**NAL** - Núcleo de Atividades Laborais

**NAL - CT** - Núcleo de Atividades Laborais em Contexto de Trabalho

**NASO** - Núcleo de Atividades Sensorio-Ocupacionais

**QI** - Quociente de Inteligência.

**Rh** - Grupo sanguíneo Rh

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**TEA** – Transtorno do Espectro do Autismo

**UTL-FMH** - Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana

**WHOQOL** – World Health Organization Quality of Life

## INTRODUÇÃO

*“O envelhecimento demográfico das populações é um dos fenómenos irreversíveis das sociedades modernas.”* (Fernandes, 2001). Este envelhecimento, associado a avanços científicos que permitiram um maior conhecimento das diversas síndromes e deficiências possibilitando a prevenção e tratamento das patologias associadas, fizeram com que, nos últimos anos, o fenómeno se tenha também estendido aos indivíduos que apresentam limitações no funcionamento intelectual e nas capacidades adaptativas práticas e sociais, com início anterior aos 18 anos, i.e., aos indivíduos com Déficit Intelectual e Desenvolvimental, DID (Schalock *et al*, 2010).

O envelhecimento da população com DID é um novo desafio que as sociedades modernas e o nosso País têm de enfrentar. Os indivíduos com DID vivem atualmente mais tempo (Lin *et al*, 2011) e, em muitos casos, sobrevivem aos familiares, que são os seus principais prestadores de cuidados (Heller & Factor, 2008).

Em Portugal, os dados demográficos das últimas décadas mostram que a esperança média de vida para população em geral se tem situado na faixa dos 70/80 anos e, para a população com DID, nos 60/70 anos. Isso significa que a esperança de vida para esta população particular duplicou no último século (Rosa, 2004).

O processo de envelhecimento na população com DID acarreta novas formas de dependência, carências e perdas que, associadas à deficiência assumem contornos de dupla vulnerabilidade: ser idoso e ser deficiente (Baltazar, 2013).

A investigação na área do envelhecimento das pessoas com DID surge na década de 80 do século XX. No entanto, a maioria dos investigadores centrou os seus estudos em aspetos particulares do processo de envelhecimento não o encarando como um processo/percurso que é global, complexo e integrador do contexto (Muñoz, 2007).

São exemplos destes estudos os efetuados por: Janicki e colaboradores (2002,2010), que se debruçaram sobre a saúde física e mental de pessoas com DID de idade superior a 40 anos; por Henderson e colegas (2009) que estudaram a relação entre a saúde e as atividades da vida diária (AVD) em adultos ( $\geq 40$  anos) com DID; por Lifshitz e colegas

(2008) que estudaram a funcionalidade conforme a idade em pessoas com DID com idades compreendidas entre os 40 e os 71 anos, tipo de residência, etiologia da deficiência e sexo; por Widmer e colaboradores (2008) que investigaram o contexto familiar e o capital social dos indivíduos com DID; por Butcher e Wilton (2008) que investigaram as primeiras experiências laborais remuneradas dos jovens adultos com DID. Com esta preocupação em mente e no âmbito do programa “Europe in Action 2013” realizou-se em Ljubljana (Eslovénia), em Maio/Junho de 2013, uma conferência sobre o tema “Ageing of people with intellectual disability and their families” com uma abordagem holística deste processo.

Em Portugal, como ponto de partida para a revisão de práticas, valores e representações sobre esta temática, a Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social, FENACERCI (2013), publicou um estudo sobre o “perfil tipo” das pessoas com DID em processo de envelhecimento nas instituições suas associadas e dos profissionais que desempenham funções de prestadores de cuidados formais nessas mesmas instituições.

Será impossível desenhar programas de intervenção dirigidos às pessoas com DID e suas famílias sem um conhecimento das características e necessidades diferenciadas desta população específica, distinguindo-a da restante população idosa (Muñoz, 2007).

O envelhecimento é uma parte natural do ciclo de vida, um processo que acompanha toda a vida humana, inevitável e inerente à própria vida (Fontene, 2000). Os investigadores concluíram que nesta população ocorre envelhecimento prematuramente e que quanto mais profundo é o défice intelectual e os problemas que lhe estejam associados, mais cedo se verifica um comprometimento das capacidades cognitivas, da autonomia, da independência e da qualidade de vida (Muñoz, 2007).

No entanto, na população com DID, tal como na população em geral, o envelhecimento é um processo adaptativo que varia em função do estado de saúde, nomeadamente a forma como se preveniram e trataram doenças associadas, das limitações da própria deficiência e da existência de sistema de apoios, mais do que da idade cronológica do indivíduo (Ibañez, 2002).

A escolha do tema sobre o qual se desenvolveu este trabalho, encontra pertinência acrescida no conhecimento que a experiência profissional acumulada ao longo dos anos nos tem vindo a proporcionar sobre esta realidade. Ser idoso com DID é um fato atual e

inquestionável nas organizações que em Portugal trabalham com esta população à medida que os seus clientes e respetivas famílias vão envelhecendo (Peralta *et al*, 2013).

**O principal objetivo** deste projeto consiste em caraterizar o perfil de funcionalidade tipo e fatores associados, numa população adulta com DID em processo de envelhecimento, integrada numa cooperativa de solidariedade social (CERCI) desde a idade escolar.

A interação entre os aspetos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento continua a ser o factor mais importante para a funcionalidade, incluindo de uma pessoa com DID (Thorpe, Davidson & Janicki, 2000).

Neste sentido, procurou-se centrar a atenção nos seguintes **objetivos específicos**:

- Caraterização da amostra quanto a caraterísticas sociodemográficas;
- Caraterização da amostra quanto a aspetos relacionados com a saúde como o diagnóstico de DID, comorbilidades associadas, farmacoterapia utilizada e estado de nutrição;
- Caraterização da amostra quanto ao perfil de funcionalidade;
- Apuramento se a idade, o sexo, o diagnóstico de DID, as comorbilidades associadas, a farmacoterapia utilizada, as redes sociais de apoio e o estado de nutrição estão associados ao desempenho funcional na amostra em estudo.

O instrumento principal de avaliação utilizado para a análise do desempenho funcional dos aspetos atrás referidos, foi a “*Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa*”, ECAP (Santos & Morato, 2004).

A ECAP, segundo Santos e Morato (2004), é um documento que permite uma avaliação real, dentro do contexto individual, fundamentada em dimensões variadas, onde se valoriza a funcionalidade e adaptação dos indivíduos com DID, tendo em conta a faixa etária e o grupo sociocultural a que o indivíduo pertence.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, será feito um enquadramento teórico sobre a evolução do conceito de Défice Intelectual e Desenvolvimental (DID) e das especificidades do processo de envelhecimento desta população. Da segunda, constará a parte experimental que integrará os procedimentos, a análise e discussão dos resultados obtidos com a aplicação da ECAP a uma população adulta com DID num Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).

## I – ENQUADRAMENTO TEORICO

### 1.1 - Défice Intelectual e Desenvolvimental (DID)

#### 1.1.1- Definição e paradigma da DID

O Défice Intelectual e Desenvolvimental (DID) é definido como *“um conjunto de limitações concomitantes, ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas capacidades de desempenho conceptual, social e prático e que se manifestam antes dos 18 anos de idade”* (Schalock *et al*, 2004).

Durante grande parte do século XX a classificação desta condição de saúde, proposta pela Organização Mundial Saúde (CID-10) e pela American Psychiatric Association (DMS-IV), foi baseada em testes psicométricos que mediam o nível de Quociente Inteligência (QI)<sup>1</sup> centrando-se apenas nas limitações do indivíduo (Palha, 2012).

A reflexão sobre os conceitos de deficiência e de défice intelectual baseada mais nas limitações do indivíduo numa perspectiva das funções e estruturas do corpo e menos no relacionamento com as restrições na participação de cada individuo no seu contexto ambiental, levou a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), antes American Association on Mental Retardation (AAMR), em 2007, a propor uma nova terminologia, *“Intellectual and Developmental Disabilities”* menos estigmatizante e inserida num conceito de *défice* mais alargado que assenta numa perspectiva social-ecológica que valoriza a interacção do individuo com o seu meio ambiente (Schalock *et al*, 2010; Wehmeyer *et al*, 2008).

Em Portugal tem havido alguma hesitação na adopção desta nova terminologia devido em grande parte, ao fato do diagnóstico clínico da DID ter ainda por base os critérios propostos pela APA anteriormente referidos (Palha, 2012). Por outro lado, a tradução do termo *Disability* parece não ser consensual surgindo umas vezes como *Défice* (Palha, 2012) e outras como *Dificuldade* (Santos & Morato, 2012).

---

<sup>1</sup> Ligeira (QI 50 e 69); Moderada (QI 35 e 49); Grave (QI 20 e 34); Profunda (inferior a 20).

O termo *Intelectual* é bastante mais consensual, uma vez que a avaliação efetuada incide nos fatores intelectuais, subjacentes ao construto do funcionamento do intelecto, muito mais passível de ser analisado quando comparado ao mental (Morato & Santos, 2007).

Por sua vez, o termo *Desenvolvimental*, ligado aos termos *Dificuldades/défices Intelectuais* conduz a uma maior objectividade, pela sua extensão e relação com os fatores adaptativos, i.e., em termos de interação do indivíduo, envolvimento na diversidade contextual e/ou validade ecológica (Morato & Santos, 2007).

Este novo conceito de DID assenta num conjunto de características que devem ser tidas em consideração durante todo o percurso de diagnóstico, classificação e na criação de um perfil de funcionalidade, isto é, na elaboração do plano de intervenção (Morato & Santos 2007; Santos *et al*, 2009; Schalock *et al*, 2010).

Segundo a ADIDD esta definição de DID assenta nos seguintes os pressupostos de base:

- As limitações visíveis, em cada indivíduo, devem ser consideradas e fundamentadas no contexto onde o mesmo se insere, bem como as expectativas culturais envolventes;
- Uma avaliação válida deverá atender às diferenças linguísticas e culturais bem como bem como às diferenças em fatores comunicacionais, sensoriais, motores e comportamentais;
- Num indivíduo as limitações geralmente coexistem com competências (coexistência de áreas fortes e fracas);
- O objetivo principal na descrição das limitações é o desenvolvimento de um perfil de apoios;
- Mediante os apoios adequados mantidos durante um período de tempo sustentado, de um modo geral, o funcionamento do indivíduo melhorará (Luckasson *et al*, 2002; Schalock *et al*, 2010).

Esta nova visão faz uma abordagem ecológica do indivíduo com DID e fundamenta-se no modelo de funcionamento humano que realça o ajuste recíproco e dinâmico entre as capacidades cognitivas, o comportamento adaptativo, a saúde, a participação, o contexto e os suportes individuais alocados ao indivíduo (Palha, 2012).



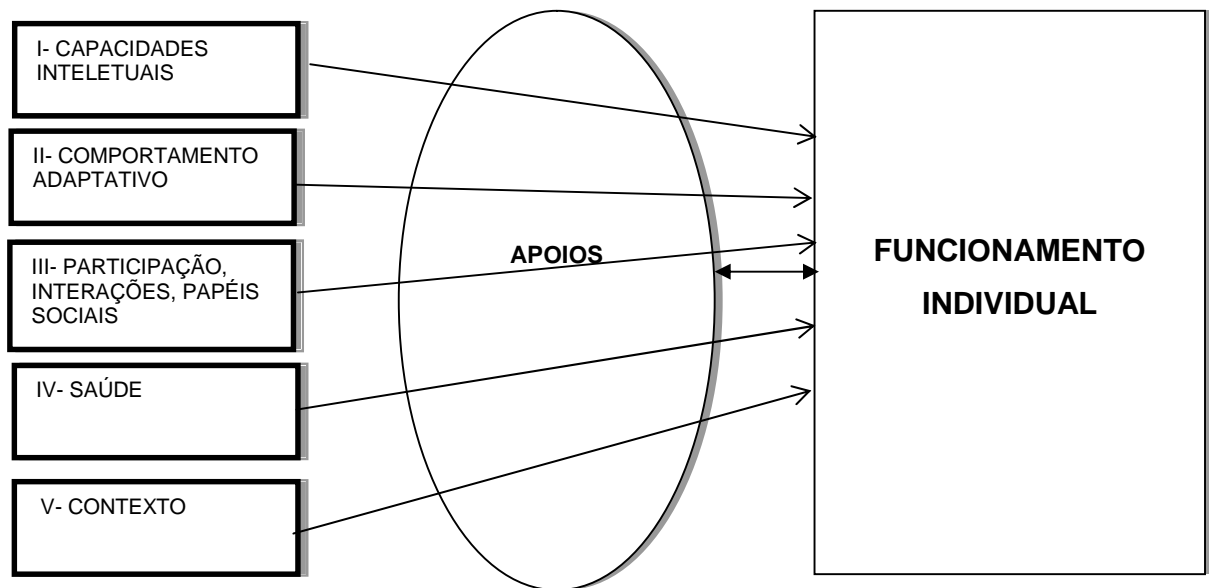


Figura I- Multidimensionalidade do Funcionamento Humano (AAIDD, 2010)

O Modelo Multidimensional da DID (Schalock *et al*, 2004, 2010) identifica cinco dimensões que envolvem o funcionamento humano:

- Dimensão I: *Capacidade intelectual* (a inteligência) que permite entender o mundo que nos rodeia;
- Dimensão II: *Comportamento adaptativo* (a capacidade de desempenho) a nível conceptual (a linguagem, a leitura e escrita entre outras), social (a responsabilidade, a auto-estima entre outras) e prático (atividades da vida diária como o comer, vestir-se, usar o wc entre outras);
- Dimensão III: *Participação, Interação, e Papéis Sociais* (envolvimento e execução de tarefas do quotidiano) que ocorrem em contextos de vida real (em casa, na escola, no trabalho entre outros);
- Dimensão IV: *Saúde* (o bem estar-físico, mental e social);
- Dimensão V: *Contexto* (os aspetos relacionados com a vivência diária do indivíduo) descreve as condições inter-relacionais no quotidiano de um indivíduo.

O novo construto de DID, ao basear o diagnóstico e a criação de serviços de apoio numa abordagem multidimensional, evita as medidas restritivas de anteriores classificações apoiadas nos testes de QI. A DID centra-se na expressão das limitações do funcionamento individual dentro de um contexto social considerando que a aplicação sistemática de apoios individualizados pode melhorar esse funcionamento. O objetivo principal do diagnóstico de DID passa a ser assim, a identificação das limitações individuais a fim de desenvolver um perfil de apoio adequado (Luckasson *et al*, 2002; Santos *et al*, 2008; Schalock *et al*, 2010).

### **1.1.2 - Sistema de classificação da DID**

AAIDD (2002, 2010) propõe um sistema de classificação para esta população/condição de saúde assente nas capacidades dos indivíduos e não nas suas limitações. Este sistema divide-se em três etapas: avaliação individual das competências intelectuais e do comportamento adaptativo (testes standardizados de inteligência e um teste de avaliação de comportamentos adaptativos nas diferentes dimensões do funcionamento humano atrás referidas); identificação das áreas fortes e fracas do sujeito; e, por último, a planificação e desenvolvimento dos tipos de apoios que devem ser alocados ao indivíduo em cada uma das dimensões do funcionamento humano já mencionadas (Santos & Morato, 2008).

A avaliação diagnóstica deve ter em consideração as práticas e os valores culturais, as oportunidades educacionais, de trabalho e lazer, assim como as condições contextuais do desenvolvimento do indivíduo (Schalock *et al*, 2010).

Segundo a sua intensidade os apoios podem ser classificados do seguinte modo (Luckasson *et al*, 2002; Santos *et al*, 2008; Thompson *et al*, 2009; Schalock *et al*, 2010):

- Apoios *intermitentes*, apoios episódicos fornecidos apenas quando necessários;
- Apoios *limitados*, apoios de natureza contínua e temporalidade limitada utilizados em períodos críticos que requerem maior estabilidade;
- Apoios *amplos*, apoios de natureza regular e periódica, utilizados em diferentes contextos;
- Apoios *constantes ou permanentes*, apoios de natureza permanente, estável e de alta intensidade utilizados nos diversos contextos.

A implantação de apoios e serviços adequados às necessidades de cada indivíduo com DID são um dos aspeto relevantes na implementação de programas que promovam e otimizem com sucesso a independência pessoal e a inclusão social desses indivíduos (Schalock *et al*, 2010).

### **1.1.3 - Etiologia da DID**

Os fatores susceptíveis de provocar uma diminuição ou alteração das capacidades intelectuais e desenvolvimentais são múltiplos e variados. A AADID (Jacobson *et al* , 2007; Schalock *et al*, 2010) reúne as causas da DID em várias categorias distintas, designadamente:

- Causas *infecciosas*, onde se destacam as lesões produzidas nos períodos pré-natal, pela ação patogénica dos microorganismos ocorrem quando atravessam a barreira placentária, (como a rubéola e a toxoplasmose); e pós-natal, as meningites e as encefalites geralmente associadas a alterações neurológicas como a epilepsia;
- Causas *tóxicas*, como Encefalopatia por bilirrubinas, por incompatibilidade sanguínea Rh ou ABO feto-materno; intoxicação materna por fármacos ou por álcool nos primeiros meses de gestação;
- Causas *traumáticas*, nos períodos pré-natal (as irradiações...), peri-natal (anoxia de parto...) e pós-natal (traumatismos cerebrais);
- Causas *metabólicas*, provocadas, por exemplo, por doenças genéticas transmitidas, caracterizadas pela incapacidade das células metabolizarem certas substâncias (como lípidos e hidratos de carbono);
- Causas *cromossómicas*, produzidas por alterações genéticas ao nível dos cromossomas, quer seja nos 22 pares de autossomas (como Síndrome de Down) ou no par ligado ao sexo, o heterossoma (como Síndrome do cromossoma x frágil ou Síndrome de Turner);
- Causas *neurológicas*, como a Epilepsia (doença crónica, de etiologia diversa caracterizada por crises recorrente devidas a uma descarga excessiva de neuromas cerebrais);
- Causas *diversas*, o défice intelectual mental pode ainda ter origem em causas múltiplas sendo difícil diagnosticar sua origem (como é o caso do défice

intelectual provocado por um ambiente desfavorável ou por um ambiente cultural e familiar pobre).

A etiologia da DID pode impulsionar a morbilidade e mortalidade logo, interferir na longevidade destas pessoas. No caso do Síndrome de Down, por exemplo, apesar do aumento significativo da esperança de vida, a sua longevidade ainda é inferior à das pessoas com DID de causa desconhecida e à população em geral (Janicki *et al*, 2000).

## **1.2 - Envelhecimento da população com DID**

### **1.2.1 – O envelhecimento demográfico na população com DID**

O envelhecimento é um processo biológico progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, sendo vivido de forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo (Jacob, 2001).

Trata-se de um conceito que pode ser analisado sob uma perspetiva individual que assenta no aumento da esperança de vida e/ou sob uma perspetiva demográfica que traduz o aumento do número de pessoas idosas face à população em geral (Fernandes, 2001).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico, segue a tendência dos países desenvolvidos e do resto da Europa. Nas últimas décadas, a pirâmide de idades da população residente, tem revelado um estreitamento da base (decréscimo da população jovem) e um alargamento do topo (incremento da população idosa), o que traduz um aumento efetivo da população idosa na sociedade portuguesa correspondendo já a 2.002.504 habitantes (INE, 2009).

As estatísticas também mostram que, a esperança média de vida para população portuguesa em geral se tem situado na faixa dos 70/80 anos e para a população com DID nos 60/70 anos. O que significa que a esperança de vida para esta população em particular duplicou no último século (Rosa, 2005).

A maioria dos adultos com DID, com exceção dos grupos como o síndrome de Down e multideficiência, atingem idades avançadas vivenciando um processo de envelhecimento normal com as inevitáveis alterações físicas, psicológicas e sociais (OMS, 2000; Patja, 2000; Ibañez, 2002).

Dados da OMS (2000) estimavam que existiam a nível planetário cerca de 60 milhões de pessoas com algum tipo de DI. Perante esta realidade, a OMS conjuntamente com a International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID) elaboraram um relatório com o propósito de avaliar as condições gerais de saúde das pessoas com DID e identificar as circunstâncias base dos serviços de saúde, educacionais e sociais cujos procedimentos contribuíam para esta realidade. Procuravam promover um envelhecimento saudável e uma qualidade de vida melhor para este grupo populacional através da recomendação de práticas que incentivavam a replicação desse tipo de serviços (OMS, 2000).

Por variadas razões, a longevidade das pessoas com DID tem tendência a tornar-se numa problemática social emergente (Peirats, 2010) da sociedade atual. Primeiro, por se tratar de um tema de cruzamento entre conceitos, o conceito de DID e o de processo de envelhecimento, que é, como se sabe, um conceito só por si difícil de definir, dado tratar-se de um construto multidimensional que engloba aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Em segundo lugar, pela dificuldade em estudar o envelhecimento das pessoas com DID ignorando as especificidades próprias de todo o processo de incapacidade do indivíduo ao longo do seu percurso de vida. Por fim, pelo fato de tradicionalmente o tipo de atendimento desta população se ter baseado num modelo assistencialista onde o enfoque principal era o bem-estar e não a autodeterminação, o que trás dificuldades acrescidas para as suas expectativas de futuro (Acevedo, 2013).

### **1.2.2 – Especificidades do envelhecimento da população com DID**

Atualmente o conceito de envelhecimento funcional sobrepõe-se ao de idade cronológica ou velhice social. Na população com DID este processo, como noutras populações, acarreta uma série de mudanças a nível biológico, psicológico e social. Essas mudanças ocorrem de uma forma precoce, de um modo atípico e com comprometimento das capacidades cognitivas, sensitivas, afetivas e sociais, podendo influenciar a autonomia, independência e qualidade de vida (Burt, *et al* 2005; Alonso, 2005; Novell *et al*, 2008; Baltazar, 2013).

De uma forma geral, os investigadores falam nos 45 a 50 anos como sendo o ponto de inflexão onde os sinais de envelhecimento tais como, a diminuição de algumas reservas físicas e o ajuste psicológico à velhice, começam a surgir nesta população. O que se traduz

na prática por uma necessidade de maiores cuidados e modificações no estilo de vida destas pessoas (Muñoz, 2007; Alves, 2012).

Alguns desses sinais manifestam-se com alterações de carácter psicológico que ocorrem como resultado da interação entre aspetos físicos, emocionais e sociais (Ibáñez, 2002).

Os problemas de saúde próprios do envelhecimento (doenças crónicas, o uso excessivo de medicação, etc.) começam também a surgir, tal como na restante população, mas agravados pela própria DID (Bittles, 2002; Jansen, *et al*, 2004; Fisher & Kettl, 2005).

O avançar da idade pode conduzir, muitas vezes, a modificações significativas na qualidade de vida da pessoa com DID à medida que ela e a sua família envelhecem. Para aqueles que vivem com as suas famílias, a morte ou doença dos seus cuidadores ou mesmo as alterações normais provocadas pelo seu envelhecimento, poderão obrigar a uma mudança do ambiente em que estão inseridos provocando um aumento da morbilidade e da mortalidade (Hogg, 1997).

Numa perspetiva de longevidade, o processo de envelhecimento nos indivíduos com DID depende de acontecimentos e de situações a que foram sujeitos ao longo do seu percurso de vida nomeadamente: a precocidade da assistência médica e sanitária, os comportamentos únicos de cada síndrome específico e as inerentes limitações que provocam, os problemas de desenvolvimento associados à própria DID, o ambiente de inclusão ou institucionalização, entre outros. No entanto, a característica principal das pessoas idosas com DID é a variabilidade de manifestações encontradas e essa variabilidade aumenta com o passar dos anos. São, assim, uma população heterogénea cujas necessidades de apoio e a intensidade das mesmas varia e requer adaptações individuais (Acevedo, 2013).

A nível europeu, na última década, tem havido um esforço acrescido para colmatar a falta de investigação nesta área. A escassez de dados comparáveis sobre as políticas públicas de saúde para pessoas com DID levou a União Europeia a financiar o desenvolvimento e implementação de um instrumento normalizado de indicadores de saúde para adultos com DID. No âmbito deste projeto, os indicadores de saúde foram classificados de acordo com quatro categorias; demografia, estado de saúde, determinantes e sistemas de saúde (Pamona I, 2008 *cit por* Haveman *et al*, 2011).

Em Portugal, os serviços de saúde e sociais destinados às pessoas em processo de envelhecimento encontram-se já bem delineados, parecendo não estar, no entanto, ainda adaptados para lidar atempada e adequadamente com as necessidades específicas das pessoas idosas com DID e das suas famílias (Rosa, 2012).

Os próprios instrumentos que avaliam a evolução das diferentes problemáticas que derivam do processo de envelhecimento (memória, depressão, funcionalidade, etc) são quase inexistentes para esta população o que levanta grandes dificuldades de diagnóstico (Acevedo, 2013).

Será impossível desenhar programas dirigidos às pessoas com DID e suas famílias sem um conhecimento das características e necessidades diferenciadas desta população específica, em relação à restante população idosa (Muñoz, 2007).

#### **1.2.2.1- Aspetos relacionados com o envelhecimento e as condições de saúde**

Um dos aspetos principais do envelhecimento das pessoas com DID são as condições de saúde, quer física quer psíquica (Ibáñez, 2002). A investigação refere a existência duma disparidade das condições de saúde da população com DID em relação à população em geral, o que parece refletir uma combinação de fatores nomeadamente: predisposição genética para determinados estados de saúde; circunstâncias sociais menos favoráveis; relutância ou incapacidade de utilização os serviços de saúde; alheamento das campanhas de conscientização sobre a saúde pública; contextos que favorecem estilos de vida pouco ativos e empobrecidos (Haveman *et al*, 2011).

No entanto, nesta população, parece haver com o envelhecimento um declínio precoce ao nível do aparelho respiratório, cardiovascular, gastrointestinal e músculo-esquelético (Gangadharan *et al*, 2009; Haveman, 2010; Lifshitz & Merrick, 2004; Lin *et al*, 2011; Janicki *et al*, 2002).

Alguns autores verificaram que cerca de 20% das pessoas com DID entre os 40 e 49 anos apresentavam duas ou mais categorias de queixas físicas relacionadas com doenças sistémicas e que esse número aumentava com a idade (Henderson *et al*, 2009). Por outro

lado, as doenças do aparelho respiratório e para aqueles que já têm demência, o risco de asfixia e pneumonia por aspiração, são a principal causa de morte em pessoas idosas com DID (Gangadharan *et al*, 2009).

Os efeitos do envelhecimento têm assim um impacto geral na saúde física destas pessoas ao nível dos vários sistemas do organismo (Merrick *et al*, 2003; Gangadharan *et al*, 2009; Robinson *et al*, 2012), designadamente:

- *Cardiovascular* - uma menor elasticidade dos vasos sanguíneos e válvulas cardíacas; uma diminuição do fluxo de sangue devido ao espessamento das paredes dos vasos e depósitos de gordura que os revestem; uma diminuição da capacidade do coração para bombear o sangue;
- *Respiratório* - uma menor elasticidade dos pulmões e da caixa torácica;
- *Músculo-esquelético* - uma perda gradual do tónus muscular, elasticidade e força, podendo o músculo ser substituído por tecido adiposo em algumas áreas; a parte esquelética muda gradualmente ao longo dos anos até se tornar porosa e frágil, os ossos perdem cálcio e sua densidade, o que pode ser mais pronunciado no sexo feminino;
- *Metabólico* - um declínio gradual na actividade da glândula da tiróide, bem como na capacidade do pâncreas para produzir insulina, podendo levar ao aparecimento de diabetes;
- *Digestivo* - uma desaceleração gradual da motilidade do sistema, bem como uma redução da secreção de sucos digestivos e das enzimas necessárias para a digestão dos alimentos e absorção dos nutrientes;
- *Sistema Nervoso* - ao nível do SNC, uma degradação cognitiva, e o surgimento de demência;
- *Sistema sensorial* - deficiência visual com o aparecimento de catarata, glaucoma, degeneração macular, retinopatia diabética; e auditiva com o surgimento de presbiacusia e perda auditiva;
- *Geniturinário* - as capacidades de filtração e de reabsorção dos rins podem estar reduzidas; os homens mostram uma tendência para o aumento da próstata; as mulheres têm alterações hormonais relacionadas com a menopausa.



Ao nível da saúde psíquica, cerca de 21% das pessoas com DID com idade superior a 50 anos desenvolvem doenças do foro mental (Gangadharan *et al*, 2009; Novell *et al*, 2013). No entanto, a experiência clínica parece apontar numa direção diferente da ideia tradicional de que os problemas mentais que afetam estas pessoas em processo de envelhecimento são semelhantes aos que aparecem na população em geral. Por exemplo, nos casos em que existe um maior comprometimento cognitivo, os transtornos mentais surgem geralmente sob a forma de perturbações do comportamento, queixas e sinais físicos. Resultam da interação entre vários fatores e em última instância determinam o ajustamento social do indivíduo com DID (Novell *et al*, 2008).

Os mesmos autores (Novell *et al*, 2008) falam de três grupos distintos de fatores que interagem entre si delimitando o ajustamento psicossocial individual final, nomeadamente:

- *Biológicos* - alterações da função cerebral, fenótipos comportamentais, epilepsia, alguns transtornos endócrinos e metabólicos, interação entre o ambiente e as incapacidades físicas/sensoriais, medicação;
- *Psicológicos* - défices intelectuais e de memória, dificuldade de julgamento e falta de iniciativa, baixa auto estima, problemas de aprendizagem, baixa tolerância ao stress, mecanismos de defesa inadequados, falta competências para resolver problemas, sequelas patológicas da própria síndrome;
- *Ambientais/socioculturais* - problemas relacionais com os pais e outros familiares, falta de apoio emocional, abuso psicológico e sexual, falta de integração social, acontecimentos de vida perturbadores, burn-out dos cuidadores.

Foram feitas pesquisas sobre a prevalência de demência na população com DI no Estado de Nova York, EUA (não foram baseadas em avaliações individuais mas, através duma pesquisa postal dos casos de demência conhecidos entre os adultos utilizadores de serviços para pessoas com DI). Chegaram a uma taxa global de prevalência de 6,1%, nos indivíduos com 60 ou mais anos, comparável à observada na população geral. Entre adultos com síndrome de Down a idade média de aparecimento de demência era de 52,8 anos (Janicki & Dalton, 2000).

Estudos recentes falam numa incidência de demência em pessoas com DI com idade entre 65 e mais idosos, até cinco vezes superior do que na população em geral (Strydom *et al*, 2013).

Analisar a forma de apresentação da demência na população com DI não parece ser fácil. Por um lado, o fato dos estudos sobre a incidência da demência nesta população raramente fazerem uma distinção entre subtipos. Por outro, esta forma pode diferir de acordo com a gravidade do DI pré-existente. Por último, é também importante distinguir o tipo de apresentação de demência em diferentes subgrupos, tais como indivíduos com síndrome de Down, porque o seu perfil cognitivo e biológico tem características únicas que podem influenciar essa apresentação (Strydom *et al*, 2009).

Recentemente surgiram alguns estudos sobre um fenómeno relativamente novo, os transtornos do espectro do autismo (TEA) em pessoas com DID. A pesquisa disponível sobre o tema é ainda pouca mas, sem uma intervenção eficaz, esta comorbilidade tende a persistir e com um mau prognóstico. Ao mesmo tempo, sabe-se que a DI é, possivelmente, a comorbilidade mais comum no TEA sendo necessário por isso, uma melhor compreensão da relação entre estes dois fenómenos. O que é evidente é que as pessoas com DID associado a TEA são muito diferentes de pessoas só com DID ou só com TEA sem DI associado (Matson *et al*, 2009).

#### **1.2.2.2- Aspetos relacionados com o envelhecimento e os estilos de vida**

O comportamento relacionado com a nutrição, o controle de peso, o exercício e uso de substâncias como tabaco, álcool e drogas são determinantes importantes da saúde de uma população e, portanto, também da população com DID (Novell *et al*, 2008). Segundo a OMS (2000), dois dos três principais fatores de risco para a saúde nesta população são os desvios significativos ao peso (um IMC abaixo ou acima dos valores considerados adequados a cada sujeito) e a falta de exercício físico.

Atualmente o excesso de peso e a obesidade são um problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos e os indivíduos adultos com DID parecem ter uma taxa de incidência superior à população em geral, sobretudo as mulheres (Melville, 2008). Num estudo realizado na Holanda sobre a prevalência de excesso de peso e de obesidade desta população (Winter *et al*, 2012), concluiu-se que o risco de obesidade está ligado ao sexo

(maior nas mulheres), à farmacoterapia utilizada (nomeadamente os antipsicóticos), às comorbilidades associadas (como doença mental) e ao nível de desempenho funcional (as pessoas com DID mais autónomas, ao fazerem compras e preparar uma refeição de forma autónoma, tendem a ter piores hábitos alimentares).

Por outro lado, os níveis de atividade física são marcadamente mais baixos na população mais idosa com DID do que na população em geral. Além das questões ligadas à saúde e ao bem-estar, as consequências dos comportamentos sedentários podem influenciar no futuro, os níveis necessários de apoio e de cuidados de saúde desta população (Hilgenkamp *et al*, 2011).

Os baixos níveis de atividade física combinados com hábitos alimentares pobres desempenham, provavelmente, um papel importante no desenvolvimento de obesidade e também de outro tipo de problemáticas como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, prisão de ventre, osteoporose, incontinência e artrite em adultos mais idosos com DID (Haveman, 2010).

Um outro aspeto relevante nesta área e que pode também, influenciar o processo de envelhecimento da população com DID são as consequências do uso prolongado de medicação entre esta população. Alguns estudos indicam, por exemplo, o uso indevido de ansiolíticos e neurolépticos, muitas vezes sem um diagnóstico e/ou controlo médico adequados, com todos os problemas secundários de saúde que daí podem advir, nomeadamente a desmineralização, a osteoporose, a diminuição da força muscular, o excesso de peso e a obesidade (Florez, 2006 cit por Novell *et al*, 2008). O problema aumenta consideravelmente quando se fala em pessoas com DID institucionalizadas (Novell *et al*, 2008).

### **1.2.2.3- Aspetos relacionados com a perceção do próprio envelhecimento e a qualidade de vida**

A OMS (WHOQOL Group, 1994 cit in Fleck *et al*, 2000) definiu qualidade de vida como “a *perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações...*”. É um conceito subjectivo que abrange muitos fatores tais como educacionais, socioeconómico, religioso entre outros; e é multidimensional como a saúde

física, estado psicológico, nível de independência, as relações sociais, as convicções pessoais e a sua relação com os aspetos relevantes do meio ambiente (Mirón *et al*, 2008).

Quando aplicado à população com DID, este conceito foca-se na importância do poder de decisão que estas pessoas devem ter sobre a sua própria vida identificando as preferências de cada um e reforçando aspetos como a autonomia, a participação e o respeito pelos seus direitos (Peralta *et al*, 2013).

A qualidade de vida das pessoas com DID que envelhecem parece estar baseada nos mesmos fatores que asseguram a qualidade de vida na população em geral. No entanto, alguns estudos identificaram um conjunto de dimensões da qualidade de vida que têm maior impacto no envelhecimento desta população (Schalock *et al*, 2002; Heller & Factor, 2008; Ibañez, 2002; Buys *et al*, 2008; Alonso, 2010 & Peralta *et al*, 2013) designadamente:

- *Direitos*, igualdade de direitos como os demais;
- *Diminuição das barreiras à participação*, possibilidade de estarem ativamente envolvidos na vida social e comunitária;
- *Serviços centrados na pessoas e prestados na comunidade*, que permitam ter condições de saúde e de bem-estar;
- *Contexto seguro*, de forma a poderem levar a cabo ações independentes e de livre escolha dentro do máximo das suas possibilidades; respeitando a sua situação individual, a sua intimidade, os seus bens pessoais e as suas opções em relação ao meio ambiente pessoal;
- *Relações satisfatórias*, no estabelecimento e manutenção de novas relações interpessoais dentro e para além da família.

A condição social da pessoa com DID está determinada pelos seus papéis sociais, os quais não a reconhecendo como ser social limitam assim, a sua esfera de ação à família e à instituição. Por isso, a maneira como as pessoas com DID são deverá desenvolver ao máximo as suas capacidades e competências com o propósito de promover o vivenciar de experiências que aumentem a possibilidade de disfrutar da vida e das alterações que o próprio processo de envelhecimento promove (Ibañez, 2002).

#### **1.2.2.4- Aspetos familiares e sociais que advém do envelhecimento mútuo: do cuidador e da pessoa com DID**

O aumento da esperança de vida da população com DID trouxe consigo o problema do envelhecimento mútuo: da pessoa com DID e do seu principal cuidador (Muñoz 2007).

À medida que envelhecem, as necessidades do indivíduo e dos seus familiares alteram-se. Na maior parte dos casos os progenitores deixam de ser capazes de proporcionar a assistência adequada sendo muitas vezes difícil distinguir quem cuida de quem (Aguilella *et al*, 2008).

A preocupação dos pais com o futuro dos seus filhos com DID nem sempre é um fator positivo para um envelhecimento bem sucedido. Efetivamente, estas famílias enfrentam vários problemas tais como (Silva, 2004; Sarfaty & Zribi, 2012):

- O próprio envelhecimento dos pais pode trazer problemas de saúde e uma diminuição da força;
- A eventual perda de um dos progenitores;
- Diminuição dos recursos financeiros;
- Isolamento familiar e social.

Contudo, ter medo do futuro acaba por reduzir as oportunidades de planejar e preparar a etapa da vida que se segue. No entanto, para fazer face aos novos desafios que o envelhecimento da pessoa com DID e dos seus cuidadores coloca, requer-se adaptação de toda família para que possam manter a qualidade de vida. É necessário que a família e própria pessoa com DID elaborem planos realistas e individualizados (Aguilella *et al*, 2008).

O envelhecimento dos cuidadores conduz, na maior parte das situações, a uma sobrecarga na tarefa de cuidar sobre o cuidador: o burn-out. Este conceito é definido como os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser vivenciados pelos membros da família (Pimentel, 2005). São duas as dimensões da sobrecarga, do burn-out: objetiva e subjetiva. A primeira refere-se à doença e/ou incapacidade, à exigência dos cuidados prestados e ao impacto nas várias dimensões do cuidador (familiar, social entre outros). A segunda diz respeito às respostas emocionais do cuidador, à forma como são percebidas as exigências do cuidar. No entanto, mesmo

quando as famílias podem recorrer a respostas sociais de apoio, habitualmente, o cuidador principal é a própria família que tende a prolongar essa tarefa ao longo da vida (Muñoz 2007).

A pouca informação disponível sobre este tema dificulta a criação de uma rede adequada de serviços e apoios, assim como uma correta planificação dos recursos económicos, materiais e humanos que possibilitem respostas adequadas às necessidades presentes e futuras desta população e das suas famílias (Aguilella *et al*, 2008; Bento, 2008).

### **1.2.3 - A funcionalidade no processo de envelhecimento da pessoa com DID**

No processo de envelhecimento, o indicador de saúde mais importante não é a presença ou não de doença mas sim o grau de capacidade funcional do individuo (Ramos, 2003).

As alterações fisiológicas resultantes do envelhecimento modificam, muitas vezes, a resposta do organismo a situações “stressantes” tornando-o mais vulnerável diferentes doenças e limitações (alterações do equilíbrio, da marcha, diminuição da força muscular perda de visão próxima, entre outras) manifestando-se frequentemente com perturbações da capacidade funcional (Botelho, 2007).

O conceito de capacidade funcional ou funcionalidade refere-se às competências necessárias para o individuo realizar de forma independente e autónoma as atividades autocuidados (AVDs) de adaptação ao meio ambiente (AIVDs) (Botelho, 2005).

Os conceitos de autonomia e de independência, apesar de interligados têm significados diferentes. Autonomia está relacionada com a capacidade de cada um gerir a sua própria vida, e independência com a capacidade de desempenho nas AVDs (Sequeira, 2010).

Em 2001, a OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF). É um modelo de classificação que procura “...*promover uma perspectiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal, onde estão perspectivadas as linhas da saúde biológica, individual e social.*” (Fontes *et al*, 2010).

Na CIF, o termo funcionalidade, passa a incluir todas as funções do corpo, atividades e participação, assim como os aspetos facilitadores da interação entre a pessoa com determinada condição de saúde e os seus fatores contextuais (Fontes *et al*, 2010).

A abordagem multidimensional do funcionamento humano, anteriormente referida, é consistente com o modelo a CIF (Harries *et al.*, 2005; Schalock *et al.*, 2010), que considera que o funcionamento de um indivíduo com “deficiência” resulta da interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais. Estes últimos determinam o nível e o grau de funcionamento da pessoa no seu contexto, dado que podem funcionar como barreiras ou como facilitadores à participação (OMS, 2004).

Na população com DID, as AVD básicas e instrumentais são moldadas pela idade, nível, etiologia da DI e capacidades de mobilidade (Lifshitz *et al* 2008; Hilgenkamp *et al*, 2011). A investigação revelou que as competências para a mobilidade e funcionalidade vão diminuindo ao longo do processo de envelhecimento nesta população (Henderson *et al*, 2009; Wehmeyer *et al* 2008; Lifshitz *et al* 2008; Janicki *et al*, 2002).

Apesar de indivíduos com DI não específica apresentarem menos perdas da capacidade funcional quando comparados com outros grupos de DI (Lifshitz *et al* 2008), a idade parece afetar algumas capacidades básicas pessoais e de meio ambiente como o controle de esfínteres, o banho ou o uso de escadas (Henderson *et al*, 2009; Hilgenkamp *et al*, 2011).

A funcionalidade do indivíduo com DID está dependente não só das suas capacidades intelectuais e adaptativas mas também dos apoios que lhe são providenciados (Santos *et al*, 2008). Nesta população, a interação entre os aspetos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento continua a ser o fator mais importante para a sua funcionalidade (Janicki *et al*, 2000).

## **II – METODOLOGIA**

### **2 - MÉTODOS**

#### **2.1 – Tipo de estudo**

Trata-se de um *estudo descritivo transversal e analítico* (Ribeiro, 1999): descritivo, porque tem como principal objectivo conhecer e caracterizar o perfil de funcionalidade tipo de uma população adulta com DID em processo de envelhecimento; transversal, por ter sido aplicada, num único momento, um procedimento de avaliação; e analítico, já que se procura explicar os resultados através de relações estatísticas entre as variáveis em estudo.

#### **2.2 – Universo amostral**

Fazem parte do *universo amostral* os clientes adultos de um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) numa Cooperativa de Solidariedade Social (CERCI) de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, na região da Grande Lisboa.

O CAO da CERCIPóvoa iniciou a sua actividade em Outubro de 1995 atendendo atualmente cerca de 95 clientes. As áreas de atendimento abrangem os Concelhos de Vila Franca de Xira, Arruda dos Vinhos, Alenquer, Cartaxo, Sintra, Azambuja, Benavente, Lisboa, Mafra, Santarém, e Loures. Tem como objectivos principais promover a dignificação humana do cidadão com DID e Multideficiência; estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes dessas pessoas; criar condições para o desenvolvimento de uma maior autonomia; proporcionar oportunidades de realização pessoal; e facilitar o encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional. As atividades que desenvolve estão organizadas três núcleos (Núcleo de Actividades Sensorio-Ocupacionais - NASO, Núcleo de Actividades Laborais - NAL e o Núcleo de Actividades Laborais em Contexto de Trabalho - NAL-CT) de forma a dar uma resposta personalizada a cada um dos seus clientes.

##### **2.2.1 – Amostra**

Trata-se de uma *amostra de conveniência* constituída por sujeitos adultos portadores de DID e com necessidade de apoio limitado ou de apoio amplo. Uma vez que neste trabalho se



utiliza a classificação da DID consoante o tipo de apoio necessário (Schalock *et al*, 2010) e embora a informação de diagnóstico recolhida relativa aos indivíduos que participaram no estudo se encontra ainda organizada segundo a anterior classificação em que se caracteriza a DID como moderada e grave optou-se pela “transformação” do diagnóstico para a nova classificação em:

- Apoio limitado (moderada)
- Apoio amplo (grave)

Foram excluídos da amostra os indivíduos com DID e com necessidade de apoio pontual ou de apoio extensivo.

### **2.3 - Considerações éticas**

Por ser trabalhadora na instituição, apenas foi necessário efetuar um pedido informal de autorização à Direção da CERCIPóvoa para a realização deste estudo, nomeadamente para a consulta documental dos processos dos clientes e aplicação da escala de avaliação aos sujeitos da amostra estudada.

À autora da adaptação e validação portuguesa da Escala de Comportamento Adaptativo, foi solicitada esta escala assim como esclarecimentos sobre a sua aplicação e cotação, dado a referida escala não estar ainda em aplicação corrente em Portugal.

### **2.4 – Instrumento de avaliação**

Neste estudo utilizou-se a *“Escala de Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa”* (ECAP, 2004).

A escala de comportamento adaptativo foi criada por Lambert, Nihira & Leland nos Estado Unidos em 1993, traduzida e adaptada para Portugal por Santos e Morato em 2004, posteriormente validada por Santos em 2007. No entanto, esta escala e os seus anexos (índices normativos resultantes da sua validação) ainda só se encontram disponíveis para utilização em trabalhos de investigação.

A ECAP, segundo Santos e Morato (2004) é um documento de avaliação que incide, sobretudo, numa preocupação com as atividades do quotidiano (diversas situações). Os comportamentos apropriados e adaptados às exigências do meio/contexto ecológico são o ponto fundamental de todo o processo, tendo em conta a faixa etária e o grupo sociocultural a que o indivíduo pertence, promovendo um melhor ajustamento das competências a desenvolver. Assim, de acordo com Santos e Morato (2004), a ECAP permite uma avaliação real, dentro do contexto individual, fundamentada em dimensões variadas, onde se valoriza a funcionalidade e adaptação dos indivíduos com DID.

Trata-se de uma escala simples de aplicar, com instruções precisas e organizada em duas partes. A Parte I (Quadro 1) é composta por dez domínios e vários subdomínios/itens, concebidos para avaliar o desempenho funcional, nomeadamente a independência pessoal e a responsabilidade na vida diária. A Parte II integra oito domínios que avaliam comportamentos desviantes, os quais se relacionam com problemas da personalidade e alterações do comportamento (Santos & Morato, 2004).

**Quadro 1** – Descrição dos Domínios da Parte I e Parte II da ECAP

Domínios	Desempenho Funcional: Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária	Nº itens	Cotação total dos domínios
<b>Parte I</b>			
<b>I. Autonomia</b>	Alimentação, utilização casa de banho, higiene, aparência, cuidados com vestuário, vestir e despir, deslocação e outros itens associados.	88	130
<b>II. Desenvolvimento Físico</b>	Desenvolvimento sensorial e motor (visão, audição, marcha e corrida, praxia fina e global, lateralidade, noção corporal, equilíbrio).	28	38
<b>III. Atividade Económica</b>	Manuseamento e planificação do dinheiro, utilização de serviços bancários, recursos de pagamento, recados e compras.	17	30
<b>IV. Desenvolvimento Linguagem</b>	Expressão pré-verbal, linguagem falada e escrita, leitura, compreensão.	33	50
<b>V. Números e Tempo</b>	Noção de quantidade, operações aritméticas simples, noção de tempo.	13	20
<b>VI. Atividade Doméstica</b>	Limpeza do espaço próprio, tratamento do vestuário, refeições.	17	25
<b>VII. Atividade Pré-profissional</b>	Complexidade de trabalho, hábitos e produtividade.	10	11
<b>VIII. Personalidade</b>	Iniciativa, passividade, persistência, atenção e ocupação dos tempos livres.	14	23
<b>IX. Responsabilidade</b>	Responsabilidade pessoal e social.	7	11
<b>X. Socialização</b>	Cooperação, consideração pelos outros, interação e participação em actividades grupo, maturidade social.	22	29

<b>Domínios</b>	<b>Comportamentos desviantes</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Cotação total dos domínios</b>
<b>Parte II</b>			
<b>XI. Comportamento Social</b>	Violência física e verbal, fraca tolerância à frustração.	46	0 - 92
<b>XII. Conformidade</b>	Noção de regulamentos, regras, rotinas e autoridade.	33	0 - 66
<b>XIII. Merece Confiança</b>	Danifica propriedades pessoais/públicas, mente, rouba.	30	0 - 60
<b>XIV. Comportamento Estereotipado e Hiperativo</b>	Estereotipias, hábitos interpessoais e vocais perturbadores, hiperactividade.	49	0 - 98
<b>XV. Comportamento Sexual</b>	Exposição/exibição corpo inapropriada, masturbação.	23	0 - 46
<b>XVI. Comportamento Auto-abusivo</b>	Auto-agressão, hábitos e tendências excêntricas.	26	0 - 52
<b>XVII. Ajustamento Social</b>	Inactivo, envergonhado, maneirismos.	23	0 - 46
<b>XVIII. Comportamento Interpessoal com Perturbações</b>	Reage mal a críticas, auto-conceito, sentimentos de perseguição, hipocondria.	36	0 - 72

Santos e Morato (2004) abordam, ainda, outros fatores (Quadro 2) também avaliados na referida escala: autonomia pessoal, autonomia na comunidade, responsabilidade pessoal e social, ajustamento social e ajustamento pessoal.

**Quadro 2** – Descrição dos fatores da ECAP

<b>Fatores</b>	<b>Autonomia / Responsabilidade / Ajustamento</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Cotação total dos fatores</b>
<b>FA. Autonomia Pessoal</b>	Itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16 e 17 da autonomia + desenvolvimento físico.	71	112
<b>FB. Autonomia na Comunidade</b>	Itens 2, 9, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 da autonomia + desenvolvimento físico + actividade económica + desenvolvimento da linguagem + números e tempo + actividade doméstica + item 58 da actividade pré-profissional.	135	189
<b>FC. Responsabilidade Pessoal e Social</b>	Itens 59 e 60 da actividade pré-profissional + personalidade + responsabilidade + socialização.	52	72
<b>FD. Ajustamento Social</b>	Comportamento social + conformidade + merecedor de confiança.	109	0 - 196
<b>FE. Ajustamento Pessoal</b>	Comportamento estereotipado/hiperactivo + auto-abusivo + sexual.	98	0 - 268

Relativamente aos domínios dos Comportamentos desviantes da ECAP “o valor *optimal* é o zero, significando que o comportamento desajustado nunca ocorreu” (Santos & Morato, 2004).

Os resultados da ECAP podem ser interpretados de duas formas diferentes: em termos dos resultados dos domínios/fatores ou em termos dos valores médios dos domínios/fatores. A primeira permite uma descrição mais precisa das capacidades adaptativas específicas, mostrando as áreas fortes e fracas dos sujeitos avaliados e a segunda a observação do seu desempenho funcional na altura em que se processa a avaliação (Santos, 2007).

A cotação da ECAP (Santos, 2007) pode ser realizada das seguintes formas:

- Os resultados dos domínios – correspondem à cotação das respostas em cada domínio da primeira e segunda parte, surgindo da soma dos pontos atribuídos a cada item;
- Os valores médios dos domínios - permitem a observação do comportamento adaptativo do sujeito na altura em que se processa a avaliação, sendo obtidos através de uma conversão dos resultados obtidos em cada item, tendo-se encontrado como valor da média a cotação de 10 associada a um desvio-padrão de 3;
- Os resultados dos fatores – baseados na análise fatorial dos domínios, os fatores da Parte I abrangem a Auto-Suficiência Pessoal, a Auto-Suficiência na Comunidade e a Responsabilidade Pessoal e Social. Os fatores da Parte II constituem-se pelo Ajustamento Social e pelo Ajustamento Pessoal. As cotações dos fatores derivam da soma atribuída a cada um dos itens incluídos nos mesmos);
- Os valores médios dos fatores - permitem a observação do CA na altura em que se processa a avaliação, sendo obtidos através de uma conversão dos resultados obtidos em cada item, e que se baseiam numa distribuição onde o valor da média corresponde ao 100 com um desvio-padrão de 15, sendo convertidos (tal como os anteriores) através de correlações padronizadas.

Neste trabalho os resultados obtidos, através deste instrumento, serão interpretados em termos dos resultados dos domínios e dos fatores do conjunto de sujeitos da nossa amostra.

A autora recomenda que apesar dos índices normativos resultantes da validação da ECAP, a interpretação qualitativa (item-a-item) dos dados para uma melhor contextualização da especificidade individual nos diferentes contextos comunitários onde se insere (Santos, 2007).

Santos e Morato (2004) realçam que a aplicação da ECAP exige o domínio do processo de avaliação, por parte dos aplicadores/avaliadores. A ECAP deverá ser aplicada apenas a uma fonte de informação, e recorrer a outras apenas se não se conseguirem os dados suficientes para o seu completo preenchimento.

No caso concreto deste projeto de investigação, a escala foi aplicada pela investigadora aos sujeitos da amostra, recorrendo aos responsáveis de grupo sempre que havia dúvidas nalguns itens.

## **2.5 – Variáveis do estudo**

Foi considerada como variável dependente ou explicada- desempenho funcional.

Foram consideradas como variáveis independentes ou explicativas – idade; sexo; diagnóstico; comorbilidades associadas; farmacoterapia; IMC; e redes sociais de apoio.

## **2.6 – Procedimentos**

Numa fase inicial e paralela à revisão da literatura, iniciou-se a preparação do estudo, estabelecendo-se os primeiros contatos e a análise documental. Como procedimentos para a realização da recolha de dados e aplicação da ECAP aos vários sujeitos que compõem a amostra, solicitou-se autorização ao Coordenador da valência Centro Apoio Ocupacional (CAO) da Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados da Póvoa de Santa Iria (CERCIPóvoa).

Seguidamente, através de uma seleção documental nos processos individuais dos sujeitos, recolheram-se os dados de caracterização biopsicosociais.

O Índice de Massa Corporal (IMC) dos mesmos, que permite relacionar a massa corporal com a altura de um indivíduo calculando-se através da divisão do peso pela sua altura ao

quadrado, foi obtido através de dados (peso e altura) recolhidos da avaliação anual efetuada pela Valência de Atividades Motoras Adaptadas da instituição.

Procedeu-se posteriormente, à aplicação da ECAP pela investigadora por inquirição e observação.

Para Ribeiro (1999), a organização da análise dos conteúdos recolhidos, de ser organizada de acordo com três fases pré definidas: pré-análise; exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados, que permitirá a inferência e a interpretação dos mesmos.

## **2.7 – Análise de resultados**

O recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para o Windows, possibilitou a análise estatística dos dados. Foram selecionados para análise descritiva da amostra os seguintes procedimentos: nas variáveis nominais, as frequências absolutas (números absolutos –  $n$ ) e frequências relativas (proporções em percentagem - %); nas variáveis discretas, a medida de tendência central (média -  $\bar{x}$ ) e medida de dispersão (desvio-padrão-  $dp$ ). Foi realizado o teste de normalidade das variáveis e como não se verificou uma distribuição normal das mesmas optou-se pelos testes não paramétricos na análise bivariada (teste de Mann-Witney) e na análise multivariada (teste de Kruskal-Wallis) como procedimento para determinar o grau de associação entre as variáveis. Utilizamos como valor de significância o valor de  $p < 0,05$  (Pereira,2013).

### **3 – RESULTADOS**

A amostra deste estudo foi constituída por 40 indivíduos ( $n=40$ ), com o diagnóstico de DID com necessidade de apoio limitado ou apoio amplo tendo idades compreendidas entre os 20 e os 57 anos. Apresentavam uma média de idades de 38 anos e desvio padrão de 8,990 sendo dezassete do sexo feminino e vinte e três do sexo masculino.

Para conhecer e caracterizar a amostra de acordo com a idade cronológica quanto às características sociodemográficas e aspetos relacionados com a saúde, assim como verificar a existência de diferenças no perfil de funcionalidade tipo, esta foi dividida em dois grupos:  $<40$   $n=22$  ;  $\geq 40$   $n=18$ .

#### **3.1 – Análise descritiva das características sociodemográficas**

Quanto às características sociodemográficas, por grupo de **idade inferior** ou **igual/superior** a 40 anos (Tabela 1) o primeiro grupo apresentou uma média de idades de 31 anos com um desvio padrão de 5,64 e o segundo grupo uma média de idades de 46 anos com um desvio padrão de 4,84.

Relativamente ao sexo verificou-se uma distribuição semelhante no sexo feminino (22,5% - 20%) e superior no sexo masculino (**32,5%** - 25%) nos indivíduos mais novos em relação aos indivíduos mais velhos havendo mais homens do que mulheres (**57,5%** - 42,5%) no total da amostra.

Nas *redes sociais de apoio*, que são constituídas pelas respostas informais (no caso dos sujeitos que estavam em casa dos pais e/ou irmãos), pelas respostas formais (no caso dos sujeitos que estavam na instituição em regime de internato) ou por uma resposta combinada (no caso dos sujeitos que apesar de estarem institucionalizados durante a semana ainda iam a casa dos pais aos fins de semana e em períodos específicos), verificou-se que a percentagem de sujeitos que tinha uma resposta informal foi superior no grupo dos indivíduos com menos de 40 anos do que no grupo dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos (**42,5%** - 27,5%) sendo esta também, a condição em que se encontrava a maior parte dos sujeitos da amostra (70%). Na situação em que a rede social de apoio era baseada numa resposta formal, foi nos indivíduos mais velhos que apareceu a maior percentagem de institucionalizações (**10%** - 2,5%). No entanto, na situação em que havia

uma resposta combinada, a distribuição dos indivíduos foi semelhante nos dois grupos em análise (10% - 7,5%), tendo esta situação alguma expressão no total sujeitos da amostra (17,5%).

**Tabela 1** - Distribuição da amostra quanto às **caraterísticas sociodemográficas**

Caraterísticas sociodemográficas		Idade <40	Idade ≥40	Total
<b>Idade - x (Dp)</b>	Anos	31 (5,64)	46 (4,84)	38 (8,99)
<b>Sexo - n (%)</b>	Feminino	9 (22,5)	8 (20,0)	17 (42,5)
	Masculino	13 (32,5)	10 (25,0)	23 (57,5)
<b>Redes sociais de apoio - n (%)</b>	Respostas informais	17 (42,5)	11 (27,5)	28 (70,0)
	Respostas formais	1 (2,5)	4 (10,0)	5 (12,5)
	Respostas combinadas	4 (10,0)	3 (7,5)	7 (17,5)

X – Média; Dp – Desvio Padrão; n – Frequência absoluta; (%) – Frequência relativa

### 3.2– Análise descritiva dos aspetos relacionados com a saúde

Relativamente aos aspetos relacionados com a saúde dos sujeitos da amostra, ao nível do *diagnóstico* (Tabela 2) da situação de DID a distribuição dos indivíduos com DID e necessidade de apoio limitado foi superior no grupo dos mais novos (**35%** - 17,5%), enquanto no grupo dos mais velhos foi maior percentagem de indivíduos com DID e necessidade de apoio amplo (**27,5%** - 20%) verificando-se, no total da amostra, uma distribuição ligeiramente superior de indivíduos com DID e necessidade de apoio limitado do que com necessidade de apoio amplo (52,5% - 47,5%).

**Tabela 2** - Distribuição da amostra quanto ao **diagnóstico**.

n (%)		Idade <40	Idade ≥40	Total
<b>Diagnóstico</b>	Apoio limitado	14 (35)	7 (17,5)	21 (52,5)
	Apoio amplo	8 (20)	11 (27,5)	19 (47,5)

n – Frequência absoluta; (%) – Frequência relativa

Nas *comorbilidades associadas à DID*, são as comorbilidades neurológicas e psíquicas (Tabela 3) que apareceram com maior expressividade no total da amostra 31,3% e 37,5% respetivamente. Entre os dois grupos em análise há diferenças quanto à comorbilidade neurológica (epilepsia) que surgiu sozinha no caso do grupo dos sujeitos mais velhos (18,8%) e também associada às comorbilidades psíquicas no grupo dos sujeitos mais novos



12,5% e 6,3%. As comorbidades psíquicas tiveram maior expressividade no grupo dos indivíduos com menos de 40 anos do que no grupo dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos (25,0% - 12,5%). Além deste tipo de comorbidades surgiram também, no grupo dos mais velhos, outro tipo de problemas saúde com alguma relevância (18,8%) como hipotireoidismo e gastrointestinais.

**Tabela 3** - Distribuição da amostra quanto às **comorbidades** associadas à DID.

<b>Comorbidades associadas</b>	<b>n (%)</b>	<b>Idade &lt;40</b>	<b>Idade ≥40</b>	<b>Total</b>
<b>Neurológicas</b>	Epilepsia	2 (12,5)	3 (18,8)	5 (31,3)
<b>Psíquicas</b>	Psicose/ Depressão	4 (25,0)	2 (12,5)	6 (37,5)
<b>Combinadas</b>	Neurológicas/ Psíquicas	1 (6,3)	0 (0)	1 (6,3)
<b>Outras</b>	Diversas	1 (6,3)	3 (18,8)	4 (25,0)

n – Frequência absoluta; (%) – Frequência relativa

No tipo de *farmacoterapia* utilizada pelos indivíduos da amostra (Tabela 4), a terapêutica combinada (anticonvulsiva e psicoativa) foi a que surgiu em maior número não havendo, no entanto, diferenças relevantes entre os sujeitos mais novos e os sujeitos mais velhos (20,7% - 24,1%). A medicação psicoativa apareceu com mais frequência no grupo das pessoas mais velhas (13,8% - 6,9%) relativamente às pessoas mais novas, assim como, outro tipo de medicação (17,2% - 6,9%).

**Tabela 4** - Distribuição da amostra quanto à **farmacoterapia**.

<b>Farmacoterapia</b>	<b>n (%)</b>	<b>Idade &lt;40</b>	<b>Idade ≥40</b>	<b>Total</b>
<b>Anticonvulsiva</b>		2 (6,9)	1 (3,4)	3 (10,3)
<b>Antipsicótica/ Antidepressiva</b>		2 (6,9)	4 (13,8)	6 (20,7)
<b>Combinada</b>		6 (20,7)	7 (24,1)	13 (44,8)
<b>Outra</b>		2 (6,9)	5 (17,2)	7 (24,1)

n – Frequência absoluta; (%) – Frequência relativa

Quanto ao *IMC* (Tabela 5) houve na amostra apenas uma situação de baixo peso no grupo dos mais novos (2,5%). As situações de peso normal surgiram com a mesma frequência nos dois grupos (15%). O excesso de peso foi a situação que apareceu em maior percentagem no grupo dos sujeitos mais novos (20% - 15%), assim como no total da amostra (35%). A

obesidade apareceu como a situação mais comum no grupo dos sujeitos mais velhos (17,5% - 15%).

**Tabela 5** - Distribuição da amostra quanto ao índice de IMC.

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	n - %	Idade <40	Idade ≥40	Total
Baixo peso	(<18,5)	1 (2,5)	0 (0)	1 (2,5)
Peso normal	(18,5 - 24,9)	6 (15,0)	6 (15,0)	12 (30,0)
Excesso peso	(25 - 29,9)	8 (20,0)	6 (15,0)	14 (35,0)
Obesidade	(30 - >40)	7 (17,5)	6 (15,0)	13 (32,5)

Kg – Peso; m<sup>2</sup> – Altura ao quadrado; n – Frequência absoluta; (%) – Frequência relativa

### 3.3 – Análise descritiva do perfil de funcionalidade

Quanto à *idade*, verificamos que nos domínios da ECAP de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* (Tabela 6) as médias apresentadas pelos grupos dos sujeitos da amostra foram aproximadas em ambos os grupos etários, no caso do domínio **Desenvolvimento Físico** (DII) **31,2 - 31,7** ( $dp=6,086 - 4,256$ ). Nos restantes domínios, a média foi ligeiramente mais elevada no grupo dos sujeitos *mais velhos*: na **Autonomia** (DI) **82,9 - 88,7** ( $dp=22,948 - 14,454$ ); na **Atividade económica** (DIII) **3,6 - 4,9** ( $dp=4,737 - 4,813$ ); no **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) **24,0 - 24,7** ( $dp=11,717 - 8,635$ ); nos **Números/Tempo** (DV) **4,6 - 6,2** ( $dp=4,964 - 5,451$ ); na **Atividade Doméstica** (DVI) **9,3 - 10,2** ( $dp=6,281 - 5,983$ ); na **Atividade pré-profissional** (DVII) **6,4 - 7,6** ( $dp=2,804 - 2,431$ ); na **Personalidade** (DVIII) **9,4 - 11,7** ( $dp=5,786 - 5,145$ ); na **Responsabilidade** (DIX) **5,1 - 6,9** ( $dp=3,632 - 3,171$ ); e na **Socialização** (DX) **15,6 - 18,4** ( $dp=4,614 - 4,031$ ).

**Tabela 6** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação à **idade**.

	Idade <40		Idade ≥40		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DI</b>	82,9	22,948	88,7	14,454	85,6	19,572
<b>DII</b>	31,2	6,086	31,7	4,256	31,4	5,281
<b>DIII</b>	3,6	4,737	4,9	4,813	4,2	4,755
<b>DIV</b>	24,0	11,717	24,7	8,635	24,3	10,323
<b>DV</b>	4,6	4,964	6,2	5,451	5,3	5,194
<b>DVI</b>	9,3	6,281	10,2	5,983	9,7	6,087
<b>DVII</b>	6,4	2,804	7,6	2,431	6,9	2,678
<b>DVIII</b>	9,4	5,786	11,7	5,145	10,4	5,560
<b>DIX</b>	5,1	3,632	6,9	3,171	5,9	3,521
<b>DX</b>	15,6	4,614	18,4	4,031	16,9	4,525

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico;DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X- Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 7) apuramos que as médias exibidas pelo grupo de sujeitos com *menos de quarenta anos* foram inferiores às médias apresentadas pelo grupo de indivíduos com idade igual ou superior a quarenta anos no domínio **Comportamento social** (DXI) **7,6** - 12,3 ( $dp=7,853$  - 12,368). Nos outros domínios, a média inferior foi encontrada no grupo dos sujeitos *mais idosos*: na **Conformidade** (DXII) 8,1 - **5,3** ( $dp=8,515$  - 7,053); no **Merecedor confiança** (DXIII) 4,8 - **2,4** ( $dp=5,957$  - 5,271); no **Comportamento estereotipado e hiperactivo** (DXIV) **9,1** - 5,8 ( $dp=10,599$  - 6,320); no **Comportamento sexual** (DXV) 2,1 - **1,2** ( $dp=2,877$  - 2,777); no **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) 3,1 - **1,4** ( $dp=4,549$  - 2,749); no **Ajustamento Social** (DXVII) 4,3 - **2,1** ( $dp=3,966$  - 2,155); e no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) 9,1 - **5,9** ( $dp=9,047$  - 7,604).

**Tabela 7** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação à idade.

	Idade <40		Idade ≥40		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	7,6	7,853	12,3	12,368	10,2	10,719
<b>DXII</b>	8,1	8,515	5,3	7,053	6,9	7,924
<b>DXIII</b>	4,8	5,957	2,4	5,271	3,7	5,720
<b>DXIV</b>	9,1	10,599	5,8	6,320	7,6	8,978
<b>DXV</b>	2,1	2,877	1,2	2,777	1,7	2,830
<b>DXVI</b>	3,1	4,549	1,4	2,749	2,4	3,894
<b>DXVII</b>	4,3	3,966	2,1	2,155	3,3	3,427
<b>DXVIII</b>	9,1	9,047	5,9	7,604	7,7	8,469

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP verificamos que, nos fatores autonomia e responsabilidade (Tabela 8) as médias apresentadas foram mais elevadas no grupo dos *indivíduos mais velhos*: na **Autonomia pessoal** (FA) 86,6 - **92,1** ( $dp=23,400 - 13,805$ ); na **Autonomia comunidade** (FB) 66,3 - **67,6** ( $dp=36,666 - 23,073$ ); e na **Responsabilidade social/pessoal** (FC) 34,7 - **42,4** ( $dp=14,795 - 13,320$ ). Nos fatores ajustamento constatamos que as médias inferiores foram também observadas no grupo dos indivíduos mais velhos: no **Ajustamento pessoal** (FD) 13,3 - **9,1** ( $dp=16,046 - 10,599$ ); e no **Ajustamento social** (FE) 37,4 - **22,7** ( $dp=29,487 - 21,049$ ).

**Tabela 8** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação à idade.

	Idade <40		Idade ≥40		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	86,6	23,400	92,1	13,805	89,1	19,635
<b>FB</b>	66,3	36,666	67,6	23,073	66,9	30,925
<b>FC</b>	34,7	14,795	42,4	13,320	38,2	14,501
<b>FD</b>	13,3	16,046	9,1	10,599	11,4	13,860
<b>FE</b>	37,4	29,487	22,7	21,049	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Em relação ao sexo, quanto aos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 9) verificamos que as médias apresentadas pelas *mulheres* e pelos *homens* foram aproximadas nos casos do domínio **Desenvolvimento Físico** (DII) **31,6 - 31,3** ( $dp=5,669 - 5,103$ ), assim como no domínio **Atividade económica** (DIII) **4,0 - 4,3** ( $dp=4,387 - 5,933$ ). Nos outros domínios, as médias foram mais elevadas no sexo *feminino*: na **Autonomia** (DI) **93,0 - 80,1** ( $dp=12,065 - 22,356$ ); no **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) **25,4 - 23,4** ( $dp=9,179 - 11,224$ ); nos **Números/Tempo** (DV) **6,3 - 4,5** ( $dp=5,277 - 5,116$ ); na **Atividade Doméstica** (DVI) **11,9 - 8,1** ( $dp=4,649 - 6,588$ ); na **Atividade pré-profissional** (DVII) **7,5 - 6,4** ( $dp=2,787 - 2,483$ ); na **Personalidade** (DVIII) **12,2 - 6,4** ( $dp=4,187 - 6,149$ ); na **Responsabilidade** (DIX) **7,2 - 4,5** ( $dp=2,682 - 3,789$ ); e na **Socialização** (DX) **17,7 - 16,3** ( $dp=4,427 - 4,595$ ).

**Tabela 9** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação ao **sexo**.

	Feminino		Masculino		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
DI	93,0	12,065	80,1	22,356	85,6	19,572
DII	31,6	5,669	31,3	5,103	31,4	5,281
DIII	4,0	4,387	4,3	5,933	4,2	4,755
DIV	25,4	9,179	23,4	11,224	24,3	10,323
DV	6,3	5,277	4,5	5,116	5,3	5,194
DVI	11,9	4,649	8,1	6,588	9,7	6,087
DVII	7,5	2,787	6,4	2,483	6,9	2,633
DVIII	12,2	4,187	6,4	6,149	10,4	5,560
DIX	7,2	2,682	4,5	3,789	5,9	3,521
DX	17,7	4,427	16,3	4,595	16,9	4,525

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico;DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X- Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela10) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelo sexo *feminino* nos seguintes domínios: no **Comportamento social** (DXI) **9,6 - 10,5** ( $dp=11,847 - 10,067$ ); no **Comportamento**

**estereotipado e hiperactivo** (DXIV) **7,3** - 7,8 ( $dp=9,211$  - 9,005); no **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) **1,9** - 2,7 ( $dp=2,870$  - 4,535); no **Ajustamento Social** (DXVII) **3,1** - 3,4 ( $dp=2,826$  - 3,870); e no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) **6,8** - 8,3 ( $dp=6,964$  - 9,527).

Já nos outros domínios, a média encontrada foi mais baixas no sexo *masculino*: na **Conformidade** (DXII) 7,9 - **6,2** ( $dp=9,110$  - 7,038); no **Merecedor confiança** (DXIII) 3,8 - **3,7** ( $dp=6,116$  - 5,548); no **Comportamento sexual** (DXV) 1,8 - **1,6** ( $dp=2,721$  - 2,996).

**Tabela 10** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação ao **sexo**.

	Feminino		Masculino		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	9,7	11,847	10,5	10,067	10,2	10,719
<b>DXII</b>	7,9	9,110	6,2	7,038	6,9	7,924
<b>DXIII</b>	3,8	6,116	3,7	5,548	3,7	5,720
<b>DXIV</b>	7,3	9,211	7,8	9,005	7,6	8,978
<b>DXV</b>	1,8	2,721	1,6	2,996	1,7	2,830
<b>DXVI</b>	1,9	2,870	2,7	4,535	2,4	3,894
<b>DXVII</b>	3,1	2,826	3,4	3,870	3,3	3,427
<b>DXVIII</b>	6,8	6,969	8,3	9,527	7,7	8,469

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP verificamos que, nos fatores autonomia e responsabilidade (Tabela 11), as médias apresentadas eram mais elevadas nos indivíduos de sexo *feminino*: na **Autonomia pessoal** (FA) **94,2** - 85,3 ( $dp=14,246$  - 22,307); na **Autonomia comunidade** (FB) **75,2** - 60,7 ( $dp=23,976$  - 34,417); e na **Responsabilidade social/pessoal** (FC) **42,7** - 34,8 ( $dp=12,308$  - 15,343). Nos fatores ajustamento constatamos que as médias eram inferiores também nas *mulheres*: no **Ajustamento pessoal** (FD) **11,4** - 19,1 ( $dp=12,757$  - 14,905); e no **Ajustamento social** (FE) **29,5** - 31,7 ( $dp=29,377$  - 25,292).

**Tabela 11** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação ao **sexo**.

	Feminino		Masculino		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	94,2	14,246	85,3	22,307	89,1	19,635
<b>FB</b>	75,2	23,926	60,7	34,417	66,9	30,925
<b>FC</b>	42,7	12,308	34,8	15,343	38,2	14,501
<b>FD</b>	11,4	12,757	11,5	14,905	11,4	13,860
<b>FE</b>	29,5	29,277	31,7	25,292	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**- Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Nos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 12) verificamos que as médias apresentadas pelas respostas informais foram sempre inferiores aos outros dois tipos de respostas.

Nas *redes sociais de apoio*, as médias mais altas surgiram nos indivíduos que beneficiavam de *respostas formais* no caso dos domínios: na **Autonomia** (DI) 81,2 - **96,6** - 95,1 ( $dp=21,196 - 4,707 - 9,805$ ); na **Atividade pré-profissional** (DVII) 6,5 - **8,0** - 7,4 ( $dp=2,715 - 2,121 - 2,637$ ); na **Personalidade** (DVIII) 8,6 - **16,0** - 13,6 ( $dp=5,370 - 2,236 - 3,867$ ); na **Responsabilidade** (DIX) 5,5 - 7,4 - 6,4 ( $dp=3,902 - 2,793 - 1,988$ ); e na **Socialização** (DX) 15,9 - **20,6** - 18,0 ( $dp=4,545 - 1,806 - 3,464$ ).

Foram encontradas nos indivíduos colocados em *respostas combinadas* as médias mais altas nos seguintes domínios: na **Atividade económica** (DIII) 3,4 - 5,8 - **6,1** ( $dp=4,349 - 6,611 - 4,811$ ); no **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) 22,5 - 24,4 - **31,4** ( $dp=10,373 - 10,854 - 7,458$ ); nos **Números/Tempo** (DV) 4,4 - 3,8 - **10,0** ( $dp=4,700 - 4,324 - 5,627$ ).

As médias mais elevadas foram idênticas nos indivíduos que beneficiavam quer de *respostas formais* e quer de *respostas combinadas* nos domínios: no **Desenvolvimento Físico** (DII) 30,6 - **33,4** - **33,4** ( $dp=5,966 - 1,517 - 2,878$ ); na **Atividade Doméstica** (DVI) 8,3 - **13,0** - **13,0** ( $dp=1,171 - 5,000 - 2,171$ ).

**Tabela 12** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação às **redes sociais de apoio**.

	Respostas informais		Respostas formais		Respostas combinadas		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
DI	81,2	21,196	96,6	4,707	95,1	9,805	85,6	19,572
DII	30,6	5,966	33,4	1,517	33,4	2,878	31,4	5,281
DIII	3,4	4,349	5,8	6,611	6,1	4,811	4,2	4,755
DIV	22,5	10,373	24,4	10,854	31,4	7,458	24,3	10,323
DV	4,4	4,700	3,8	4,324	10,0	5,627	5,3	5,194
DVI	8,3	1,171	13,0	5,000	13,0	2,171	9,7	6,087
DVII	6,5	2,715	8,0	2,121	7,4	2,637	6,9	2,678
DVIII	8,6	5,370	16,0	2,236	13,6	3,867	10,4	5,560
DIX	5,5	3,902	7,4	2,793	6,4	1,988	5,9	3,521
DX	15,9	4,545	20,6	1,806	18,0	3,464	16,9	4,525

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico; DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X-Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 13) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelos indivíduos inseridos em *respostas formais* nos seguintes domínios na **Conformidade** (DXII) 7,5 - **3,0** - 7,0 ( $dp=8,119 - 3,586 - 9,110$ ); no **Comportamento estereotipado e hiperactivo** (DXIV) 8,5 - **0,8** - 6,7 ( $dp=10,138 - 1,304 - 4,071$ ); no **Comportamento sexual** (DXV) 1,6 - **1,4** - 2,1 ( $dp=2,984 - 3,130 - 2,268$ ); no **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) 2,8 - **1,2** - 1,6 ( $dp=4,500 - 1,789 - 1,618$ ); no **Ajustamento Social** (DXVII) 3,9 - **1,4** - 2,3 ( $dp=3,789 - 1,517 - 2,059$ ); e no **Merecedor confiança** (DXIII) 2,8 - **2,6** - 8,1 ( $dp=4,974 - 3,578 - 8,071$ );

As médias mais baixas foram equivalentes nos indivíduos que beneficiavam de *respostas informais e respostas combinadas* nos domínios: no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) 7,8 - **6,4** -7,9 ( $dp=7,846 - 13,759 - 7,841$ ) e no **Comportamento social** (DXI) 9,2 - **6,4** - 16,7 ( $dp=9,989 - 8,204 - 13,659$ ).



**Tabela 13** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação às **redes sociais de apoio**.

	Respostas informais		Respostas formais		Respostas combinadas		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	9,2	9,989	6,4	8,204	16,7	13,659	10,2	10,719
<b>DXII</b>	7,5	8,119	3,0	3,586	7,0	9,110	6,9	7,924
<b>DXIII</b>	2,8	4,974	2,6	3,578	8,1	8,071	3,7	5,720
<b>DXIV</b>	8,5	10,138	0,8	1,304	6,7	4,071	7,6	8,978
<b>DXV</b>	1,6	2,984	1,4	3,130	2,1	2,268	1,7	2,830
<b>DXVI</b>	2,8	4,500	1,2	1,789	1,6	1,618	2,4	3,894
<b>DXVII</b>	3,9	3,789	1,4	1,517	2,3	2,059	3,3	3,427
<b>DXVIII</b>	7,8	7,846	6,4	13,759	7,9	7,841	7,7	8,469

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 14), verificamos que a média mais elevada foi obtida pelos sujeitos que beneficiavam de *respostas combinadas* nos fatores de **Autonomia pessoal** (FA) 83,9 - 99,4 - **102,7** ( $dp=21,060 - 8,735 - 5,122$ ) e **Autonomia comunidade** (FB) 60,3 - 73,8 - **88,0** ( $dp=30,303 - 32,676 - 24,718$ ), assim como nos indivíduos colocados em *respostas formais* no caso do fator **Responsabilidade social/pessoal** (FC) 34,5 - **50,6** - 44,0 ( $dp=14,696 - 10,431 - 9,487$ ). Nos fatores ajustamento constatamos que as médias foram inferiores nas *mulheres*: no **Ajustamento pessoal** (FD) 12,7 - **2,8** - 12,6 ( $dp=15,353 - 4,382 - 10,212$ ); e no **Ajustamento social** (FE) 29,6 - **18,6** - 44,0 ( $dp=25,302 - 25,745 - 31,596$ ).

**Tabela 14** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação às **redes sociais de apoio**.

	Respostas informais		Respostas formais		Respostas combinadas		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	83,9	21,060	99,4	8,735	102,7	5,122	89,1	19,635
<b>FB</b>	60,3	30,303	73,8	32,676	88,0	24,718	66,9	30,925
<b>FC</b>	34,5	14,696	50,6	10,431	44,0	9,487	38,2	14,501
<b>FD</b>	12,7	15,353	2,8	4,382	12,6	10,212	11,4	13,860
<b>FE</b>	29,6	25,302	18,6	25,745	44,0	31,596	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Quanto ao *diagnóstico*, nos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 15) verificamos que as médias apresentadas pelos indivíduos com DID e *necessidade de apoio limitado* eram mais elevadas em todos os domínios: na **Autonomia (DI) 92,1 - 78,4** ( $dp=17,261 - 19,881$ ); no **Desenvolvimento Físico (DII) 32,9 - 29,38** ( $dp=4,537 - 5,683$ ); na **Atividade económica (DIII) 5,1 - 3,2** ( $dp=4,717 - 4,733$ ); no **Desenvolvimento Linguagem (DIV) 26,8 - 21,6** ( $dp=11,567 - 8,208$ ); nos **Números/Tempo (DV) 6,9- 3,5** ( $dp=6,123 - 3,040$ ); na **Atividade Doméstica (DVI) 11,3 - 7,8** ( $dp=5,161 - 6,627$ );na **Atividade pré-profissional (DVII) 7,3 - 6,4** ( $dp=2,918 - 2,169$ ); na **Personalidade (DVIII) 11,6 - 9,1** ( $dp=4,664 - 6,280$ ); na **Responsabilidade (DIX) 6,8 - 5,0** ( $dp=3,285 - 3,613$ ); e na **Socialização (DX) 18,2 - 15,8** ( $dp=4,763 - 3,818$ ).

**Tabela 15** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação ao **diagnóstico**.

	Apoio limitado		Apoio amplo		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
DI	92,1	17,261	78,4	19,881	85,6	19,572
DII	32,9	4,527	29,8	5,683	31,4	5,281
DIII	5,1	4,717	3,2	4,733	4,2	4,755
DIV	26,8	11,567	21,6	8,208	24,3	10,323
DV	6,9	6,123	3,5	3,040	5,3	5,194
DVI	11,3	5,161	7,8	6,627	9,7	6,087
DVII	7,3	2,918	6,4	2,169	6,9	2,678
DVIII	11,6	4,664	9,1	6,208	10,4	5,560
DIX	6,8	3,285	5,0	3,613	5,9	3,521
DX	18,2	4,763	15,8	3,818	16,9	4,525

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico;DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X- Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 16) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelos indivíduos com DID e *necessidade de apoio limitado*: **Comportamento social (DXI) 10,1 - 10,2** ( $dp=11,567 - 10,0148$ ); **Comportamento estereotipado e hiperactivo (DXIV) 5,8 - 9,58** ( $dp=7,916 - 9,868$ ); **Ajustamento Social (DXVII) 3,0 - 3,6** ( $dp=2,819 - 4,044$ ); **Comportamento Interpessoal Perturbado (DXVIII) 7,3 - 8,0** ( $dp=8,046 - 9,123$ ).

Os indivíduos com DID e necessidade de *apoio amplo* apresentaram médias mais baixas no caso dos domínios: **Conformidade** (DXII) 7,4 - **6,2** ( $dp=9,092 - 6,188$ ); **Merecedor de confiança** (DXIII) 4,4 - **3,0** ( $dp=6,704 - 4,460$ ); **Comportamento sexual** (DXV) 1,8 - **1,6** ( $dp=2,581 - 3,150$ ); **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) 2,4 - **2,3** ( $dp=2,749 - 4,945$ ).

**Tabela 16** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação ao diagnóstico.

	Apoio limitado		Apoio Amplo		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
DXI	10,1	11,5,67	10,2	10,014	10,2	10,719
DXII	7,4	9,092	6,2	6,588	6,9	7,924
DXIII	4,4	6,704	3,0	4,460	3,7	5,720
DXIV	5,8	7,916	9,5	9,868	7,6	8,978
DXV	1,8	2,581	1,6	3,150	1,7	2,830
DXVI	2,4	2,749	2,3	4,945	2,4	3,894
DXVII	3,0	2,819	3,6	4,044	3,3	3,427
DXVIII	7,3	8,046	8,0	9,123	7,7	8,469

DXI-Comportamento social; DXII-Conformidade; DXIII-Merecedor confiança; DXIV-Comportamento estereotipado e hiperativo; DXV-Comportamento sexual; DXVI-Comportamento auto-abusivo; DXVII-Ajustamento Social; DXVIII-Comportamento Interpessoal Perturbado; X-Média; Dp-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 17), verificamos que a média mais elevada foi apresentada nos indivíduos com DID e *apoio limitado* nos fatores de autonomia e responsabilidade: **Autonomia pessoal** (FA) **95,5** - 82,1 ( $dp=17,128 - 20,236$ ) e **Autonomia comunidade** (FB) **77,7** - 54,8 ( $dp=31,572 - 25,973$ ), **Responsabilidade social/pessoal** (FC) **42,0** - 33,7 ( $dp=14,244 - 13,920$ ).

Nos fatores ajustamento constatamos que as médias foram inferiores indivíduos com DID e necessidade de *apoio limitado* no **Ajustamento pessoal** (FD) **10,6** - 12,4 ( $dp=11,479 - 16,371$ ), já no fator no **Ajustamento social** (FE) 32,4 - **28,0** ( $dp=31,907 - 20,336$ ) foram os indivíduos com DID e necessidade de *apoio amplo* onde se observaram as médias mais baixas.

**Tabela 17** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação ao **diagnóstico**.

	Apoio limitado		Apoio amplo		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	95,5	17,128	82,1	20,236	89,1	19,635
<b>FB</b>	77,7	31,572	54,8	25,973	66,9	30,925
<b>FC</b>	42,0	14,244	33,4	13,920	38,2	14,501
<b>FD</b>	10,6	11,479	12,4	16,371	11,4	13,860
<b>FE</b>	32,4	31,907	28,9	20,336	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**- Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Nas *comorbilidades associadas* à DID, nos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 18) as médias mais altas surgiram nos indivíduos com DID e *comorbilidades psíquicas* associadas nos domínios: da **Autonomia** (DI) 84,2 - **88,2** - 83,5 ( $dp=28,125 - 22,382 - 10,376$ ); do **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) 25,8 - **30,2** - 22,8 ( $dp=12,969 - 13,791 - 9,708$ ); dos **Números/Tempo** (DV) 6,0 - **6,8** - 3,3 ( $dp=5,788 - 5,601 - 4,523$ ); da **Atividade pré-profissional** (DVII) 7,0 - **7,67** - 7,0 ( $dp=2,915 - 2,658 - 2,582$ ); da **Personalidade** (DVIII) 9,2 - **12,7** - 9,6 ( $dp=5,070 - 6,861 - 6,245$ ); na **Responsabilidade** (DIX) 5,5 - 7,4 - 6,4 ( $dp=3,902 - 2,793 - 1,988$ ); e na **Socialização** (DX) 16,4 - **19,0** - 17,6 ( $dp=4,879 - 5,177 - 3,2517$ ).

Nos indivíduos com DID e *comorbilidades neurológicas* associadas as médias mais altas foram encontradas nos seguintes domínios: no **Desenvolvimento Físico** (DII) **34,2** - 32,8 - 31,3 ( $dp=3,114 - 4,446 - 4,349$ ) e na **Atividade económica** (DIII) **7,6** - 5,8 - 0,6 ( $dp=7,301 - 3,545 - 0,500$ ).

Verificamos igualmente que as médias apresentadas pelos indivíduos com *outro tipo de comorbilidades* associadas à DID foram superiores no domínio da **Atividade Doméstica** (DVI) 6,4 - 10,3 - **13,3** ( $dp=6,427 - 6,186 - 3,775$ ).

**Tabela 18** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação às **comorbilidades** associadas à DID.

	Neuro-lógicas		Psíquica		Outras		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DI</b>	84,0	28,125	88,2	22,382	83,5	10,376	85,6	19,572
<b>DII</b>	34,2	3,114	32,8	4,446	31,3	4,349	31,4	5,281
<b>DIII</b>	7,6	7,301	5,8	3,545	0,6	0,500	4,2	4,755
<b>DIV</b>	25,8	12,969	30,2	13,761	22,8	9,708	24,3	10,323
<b>DV</b>	6,0	5,788	6,8	5,601	3,3	4,573	5,3	5,194
<b>DVI</b>	6,4	6,427	10,3	6,186	13,3	3,775	9,7	6,087
<b>DVII</b>	7,0	2,915	7,67	2,658	7,0	2,582	6,9	2,678
<b>DVIII</b>	9,2	5,070	12,7	6,861	9,6	6,245	10,4	5,560
<b>DIX</b>	4,8	3,114	6,6	4,231	5,6	4,041	5,9	3,521
<b>DX</b>	16,4	4,879	19,0	5,177	17,6	2,517	16,9	4,525

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico;DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X- Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 19) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelos indivíduos com DID e *outras comorbilidades* associadas nos seguintes domínios: no **Comportamento social** (DXI) 12,0 - 7,2 - **5,6** ( $dp=11,746 - 7,494 - 4,655$ ); na **Conformidade** (DXII) 10,4 - 6,7 - **2,0** ( $dp=10,213 - 6,653 - 1,826$ ); no Merecedor confiança (DXIII) 5,6 - 4,0 - **0,2** ( $dp=8,792 - 5,060 - 0,500$ ); no Comportamento estereotipado e hiperactivo (DXIV) 7,0 - 5,6 - **4,2** ( $dp=3,937 - 6,775 - 2,986$ ); no **Comportamento sexual** (DXV) 1,6 - 1,7 - **0** ( $dp=2,074 - 2,041 - 0$ ); e no **Ajustamento Social** (DXVII) 3,4 - 1,2 - **1,0** ( $dp=2,881 - 1,169 - 1,155$ ).

Nos indivíduos com DID e *comorbilidades psíquicas* associadas observaram-se médias inferiores nos domínios: no **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) 3,4 - 1,0 - 1,6 ( $dp=12,782 - 1,673 - 1,915$ ) e no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) 9,8 - 4,7 - 6,0 ( $dp=12,872 - 4,926 - 4,5461$ ).

**Tabela 19** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação às **comorbilidades** associadas à DID.

	Neuro-lógicas		Psíquica		Outras		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	12,0	11,746	7,2	7,494	5,6	4,655	10,2	10,719
<b>DXII</b>	10,4	10,213	6,7	6,653	2,0	1,826	6,9	7,924
<b>DXIII</b>	5,6	8,792	4,0	5,060	0,2	0,500	3,7	5,720
<b>DXIV</b>	7,0	3,937	5,6	6,775	4,2	2,986	7,6	8,978
<b>DXV</b>	1,6	2,074	1,7	2,041	0	0	1,7	2,830
<b>DXVI</b>	3,4	3,782	1,0	1,673	1,6	1,915	2,4	3,894
<b>DXVII</b>	3,4	2,881	1,2	1,169	1,0	1,155	3,3	3,427
<b>DXVIII</b>	9,8	12,872	4,7	4,926	6,0	4,546	7,7	8,469

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 20), verificamos que a média mais elevada foi apresentada nos indivíduos com DID e com *comorbilidades neurológicas* associadas no fator **Autonomia comunidade** (FB) **70,4** - 46,0 - 64,8 ( $dp=42,840 - 34,990 - 24,446$ ).

Nos indivíduos com DID e *comorbilidades psíquicas* associadas observou-se as médias mais altas nos fatores de **Autonomia pessoal** (FA) 91,0 - 95,7 - 93,6 ( $dp=27,313 - 17,201 - 10,083$ ) e de **Responsabilidade social/pessoal** (FC) 35,4 - **45,0** - 38,6 ( $dp=14,926 - 17,550 - 13,026$ ).

Nos fatores ajustamento constatamos que as médias foram inferiores nos indivíduos com DID e *outras comorbilidades* associadas: no **Ajustamento pessoal** (FD) 13,4 - 7,67 - **5,8** ( $dp=9,343 - 7,840 - 4,272$ ) e no **Ajustamento social** (FE) 41,2 - **22,0** - 14,75 ( $dp=28,700 - 17,844 - 9,500$ ).

**Tabela 20** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação às **comorbilidades** associadas à DID.

	Neuro-lógicas		Psíquica		Outras		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	91,0	27,313	95,7	17,201	93,6	10,083	89,1	19,635
<b>FB</b>	70,4	42,840	46,0	34,990	64,8	24,446	66,9	30,925
<b>FC</b>	35,4	14,926	45,0	17,550	38,6	13,026	38,2	14,501
<b>FD</b>	13,4	9,343	7,67	7,840	5,8	4,272	11,4	13,860
<b>FE</b>	41,2	28,700	22,0	17,844	14,75	9,500	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**- Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Quanto à *farmacoterapia utilizada*, nos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 21) as médias mais altas surgiram nos indivíduos que utilizavam farmacoterapia antidepressiva/antipsicótica nos domínios: da **Autonomia** (DI) 88,7 - **89,5** - 80,9 - 77,9 ( $dp=21,385 - 4,680 - 22,907 - 24,970$ ); na **Atividade económica** (DIII) 4,3 - **6,2** - 2,2 - 4,1 ( $dp=2,887 - 5,492 - 2,713 - 5,699$ ); na **Responsabilidade** (DIX) 5,7 - 6,8 - 5,5 - 4,9 ( $dp=4,163 - 2,639 - 3,733 - 4,220$ ); e na **Socialização** (DX) 17,3 - **17,5** - 16,0 - 15,4 ( $dp=3,512 - 3,619 - 5,802 - 4,117$ ).

Nos indivíduos que usavam farmacoterapia anticonvulsiva as médias mais altas foram encontradas nos seguintes domínios: **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) **29,0** - 19,7 - 20,9 - 23,3 ( $dp=13,454 - 8,914 - 8,764 - 7,342$ ); **Números/Tempo** (DV) **7,0** - 4,8 - 5,2 - 4,3 ( $dp=7,937 - 3,545 - 5,490 - 3,352$ ); **Atividade Doméstica** (DVI) **11,7** - 9,5 - 8,4 - 8,3 ( $dp=9,018 - 4,930 - 5,316 - 8,712$ ); **Atividade pré-profissional** (DVII) **8,7** - 6,3 - 6,8 - 6,4 ( $dp=1,155 - 2,805 - 3,201 - 1,902$ ); da **Personalidade** (DVIII) **13,7** - 11,7 - 10,2 - 5,529 ( $dp=4,041 - 4,926 - 5,942 - 5,529$ ).

Verificamos igualmente que as médias apresentadas pelos indivíduos que utilizavam *outro tipo* farmacoterapia foram superiores no domínio do **Desenvolvimento Físico** (DII) 29,0 - 32,3 - 30,2 - 50,43 ( $dp=7,810 - 2,733 - 5,239 - 2,318$ ).

**Tabela 21** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação à **farmacoterapia** utilizada.

	Anti-convulsiva		Antipsicótica/antidepressiva		Combinada		Outra		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
DI	88,7	21,385	89,5	4,680	80,9	22,907	77,9	24,970	82,8	20,399
DII	29,0	7,810	32,3	2,733	30,2	5,239	50,43	2,318	30,6	5,144
DIII	4,3	2,887	6,2	5,492	2,2	2,713	4,1	5,699	3,7	4,300
DIV	29,0	13,454	19,7	8,914	20,9	8,764	23,3	7,342	22,0	8,890
DV	7,0	7,937	4,8	3,545	5,2	5,490	4,3	3,352	5,1	4,758
DVI	11,7	9,018	9,5	4,930	8,4	5,316	8,3	8,712	11,3	6,296
DVII	8,7	1,155	6,3	2,805	6,8	3,201	6,4	1,902	6,5	2,694
DVIII	13,7	4,041	11,7	4,926	10,2	5,942	6,7	5,529	11,3	5,651
DIX	5,7	4,163	6,8	2,639	5,5	3,733	4,9	4,220	5,7	3,651
DX	17,3	3,512	17,5	3,619	16,0	5,802	15,4	4,117	16,3	4,684

DI-Autonomia; DII-Desenvolvimento Físico;DIII- Atividade económica; DIV-Desenvolvimento Linguagem; DV-Números/Tempo; DVI-Atividade Doméstica; DVII-Atividade pré-profissional; DVIII-Personalidade; DIX-Responsabilidade; DX-Socialização; X- Média; Dp-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 22) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelos indivíduos que usavam *outro tipo* de farmacoterapia nos seguintes domínios: no **Comportamento social** (DXI) 15,0 - 13,3 - 7,7 - 4,9 ( $dp=17,587 - 15,410 - 7,631 - 4,451$ ); no Merecedor confiança (DXIII) 7,0 - 5,5 - 3,9 - 0,3 ( $dp=7,000 - 8,983 - 4,232 - 0,075$ ); no **Comportamento estereotipado e hiperativo** (DXIV) 11,0 - 10,3 - 9,3 - 6,4 ( $dp=10,000 - 10,328 - 12,835 - 3,645$ ); no **Comportamento sexual** (DXV) 1,7 - 3,0 - 2,0 - 01 ( $dp=1,528 - 4,147 - 3,055 - 0,378$ ).

Os indivíduos que utilizavam farmacoterapia *antipsicótica/antidepressiva* as médias foram mais baixas nos domínios: no **Ajustamento Social** (DXVII) 2,3 - 1,8 - **2,9** - 2,3 ( $dp=2,517 - 2,137 - 3,236 - 5,090$ ); e no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) **13,3** - 4,3 - 6,6 - 5,1 ( $dp=10,504 - 3,724 - 8,382 - 2,911$ ).

Nos indivíduos que usavam farmacoterapia *anticonvulsiva* observaram-se médias inferiores no domínio **Conformidade** (DXII) **5,0** - 5,7 - 7,7 - 5,6 ( $dp=4,359 - 9,180 - 8,335 - 6,373$ ). Já



os indivíduos que utilizavam a farmacoterapia combinada a média foi mais elevada no **Comportamento auto-abusivo (DXVI)** 1,3 - **2,8** - 3,4 - 2,3 ( $dp=12,782 - 1,673 - 1,915$ ).

**Tabela 22** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação à **farmacoterapia** utilizada.

	Anti-convulsiva		Antipsicótica/antidepressiva		Combinada		Outras		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	15,0	17,587	13,3	15,410	7,7	7,631	4,9	4,451	8,9	10,327
<b>DXII</b>	5,0	4,359	5,7	9,180	7,9	8,335	5,6	6,373	6,6	7,505
<b>DXIII</b>	7,0	7,000	5,5	8,983	3,9	4,232	0,3	0,075	3,7	5,523
<b>DXIV</b>	11,0	10,000	10,3	10,328	9,3	12,835	6,4	3,645	12,8	10,170
<b>DXV</b>	1,7	1,528	3,0	4,147	2,0	3,055	0,1	0,378	1,7	2,877
<b>DXVI</b>	1,3	2,309	2,8	2,994	3,4	5,900	2,3	3,094	2,7	4,392
<b>DXVII</b>	2,3	2,517	1,8	2,137	2,9	3,236	2,3	5,090	3,2	3,596
<b>DXVIII</b>	13,3	10,504	4,3	3,724	6,6	8,382	5,1	2,911	4,5	6,983

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 23), verificamos que a média mais elevada foi apresentada nos indivíduos que utilizavam farmacoterapia anticonvulsiva no fator **Autonomia comunidade (FB)** 79,9 - 57,2 - 57,1 - 61,9 ( $dp=38,553 - 13,378 - 27,140 - 27,169$ ).

Nos indivíduos que usavam a farmacoterapia antipsicótica/antidepressiva observou-se as médias mais altas nos fatores de **Autonomia pessoal (FA)** 91,0 - 93,8 - 83,0 - 83,1 ( $dp=19,343 - 11,496 - 23,234 - 21,996$ ) e de **Responsabilidade social/pessoal (FC)** 43,3 - 79,3 - 35,3 - 32,7 ( $dp=10,693 - 12,797 - 17,114 - 14,174$ ).

Nos fatores ajustamento constatamos que as médias foram inferiores nos indivíduos que utilizavam *outro tipo* de farmacoterapia: no **Ajustamento pessoal (FD)** 16,7 - 17,8 - 14,0 - 8,1 ( $dp=13,051 - 17,128 - 19,235 - 4,811$ ) e no **Ajustamento social (FE)** 43,7 - 24,7 - 28,3 - 21,1 ( $dp=35,921 - 31,033 - 26,052 - 5,669$ ).

**Tabela 23** - Valores dos fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP em relação à farmacoterapia utilizada.

	Anti-convulsiva		Antipsicótica/antidepressiva		Combinada		Outras		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	91,0	19,079	93,8	11,496	83,0	23,234	83,1	21,996	86,1	20,160
<b>FB</b>	79,3	38,553	57,2	13,378	57,1	27,140	61,9	27,169	60,6	25,657
<b>FC</b>	43,3	10,693	79,3	12,797	35,3	17,114	32,7	14,174	41,7	14,733
<b>FD</b>	16,7	13,051	17,8	17,128	14,0	19,235	8,1	4,811	13,7	15,516
<b>FE</b>	43,7	35,921	24,7	31,033	28,3	26,052	21,1	5,669	27,3	24,467

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**- Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Quanto aos valores de IMC, nos domínios de *Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária* da ECAP (Tabela 24) as médias mais altas surgiram nos indivíduos que apresentavam um peso normal nos domínios: da **Autonomia** (DI) **93,8** - 79,4 - 83,9 ( $dp=14,226$  - 24,567 - 16,575); na **Atividade económica** (DIII) **5,2** - 3,1 - 4,4 ( $dp=4,745$  - 4,470 - 5,196); no **Desenvolvimento Linguagem** (DIV) **26,7** - 24,0 - 21,5 ( $dp=8,856$  - 11,286 - 10,541); nos **Números/Tempo** (DV) **6,2** - 5,6 - 4,4 ( $dp=5,813$  - 5,585 - 4,556); no **Atividade Doméstica** (DVI) **12,0** - 6,1 - 10,8 ( $dp=4,805$  - 5,967 - 5,747); no **Atividade pré-profissional** (DVII) **8,3** - 6,4 - 5,8 ( $dp=2,535$  - 2,409 - 2,421); na **Personalidade** (DVIII) **11,8** - 9,2 - 9,9 ( $dp=3,738$  - 6,635 - 5,684); na **Responsabilidade** (DIX) **7,4** - 4,9 - 5,2 ( $dp=2,610$  - 4,016 - 3,219); e na **Socialização** (DX) **17,9** - 15,8 - 16,6 ( $dp=4,033$  - 4,823 - 4,556).

Verificamos igualmente que as médias apresentadas pelos indivíduos que tinham excesso de peso foram superiores no domínio do **Desenvolvimento Físico** (DII) **31,6** - 31,9 - 30,2 ( $dp=5,368$  - 5,304 - 5,345).

**Tabela 24** - Valores dos domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* em relação aos valores de **IMC**.

	Peso normal		Excesso peso		Obesidade		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DI</b>	93,8	14,226	79,4	24,567	83,9	16,575	85,6	19,572
<b>DII</b>	31,6	5,368	31,9	5,304	30,3	5,345	31,4	5,281
<b>DIII</b>	5,2	4,745	3,1	4,470	4,0	5,196	4,2	4,755
<b>DIV</b>	26,7	8,856	24,0	11,286	21,5	10,541	24,3	10,323
<b>DV</b>	6,2	5,813	5,6	5,585	4,4	4,556	5,3	5,194
<b>DVI</b>	12,0	4,805	6,1	5,967	10,8	5,747	9,7	6,087
<b>DVII</b>	8,3	2,535	6,4	2,409	5,8	2,421	6,9	2,678
<b>DVIII</b>	11,8	3,738	9,2	6,635	9,9	5,684	10,4	5,560
<b>DIX</b>	7,4	2,610	4,9	4,016	5,2	3,219	5,9	3,521
<b>DX</b>	17,9	4,033	15,8	4,823	16,6	4,556	16,9	4,525

**DI**-Autonomia; **DII**-Desenvolvimento Físico;**DIII**- Atividade económica; **DIV**-Desenvolvimento Linguagem; **DV**-Números/Tempo; **DVI**-Atividade Doméstica; **DVII**-Atividade pré-profissional; **DVIII**-Personalidade; **DIX**-Responsabilidade; **DX**-Socialização; **X**- Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

Em relação aos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 25) apuramos que as médias mais baixas foram exibidas pelos indivíduos que apresentavam um *peso normal* nos seguintes domínios: no **Comportamento social** (DXI) **9,6** - 10,8 - 10,8 ( $dp=12,559$  - 10,423 - 10,068); no domínio **Conformidade** (DXII) **4,9** - 9,6 - 6,0 ( $dp=4,852$  - 10,925 - 6,311); e no **Comportamento Interpessoal Perturbado** (DXVIII) **6,6** - 8,4 - 8,2 ( $dp=6,868$  - 8,527 - 10,353).

Os indivíduos com obesidade apresentaram médias mais baixas nos domínios: no **Merecedor confiança** (DXIII) 3,2 - 5,3 - 2,9 ( $dp=4,970$  - 7,898 - 3,313); no **Comportamento estereotipado e hiperativo** (DXIV) 8,6 - 8,3 - 6,5 ( $dp=8,405$  - 10,163 - 8,828); no **Comportamento auto-abusivo** (DXVI) 2,8 - 2,6 - 1,9 ( $dp=3,194$  - 5,514 - 2,465); no **Comportamento sexual** (DXV) 2,6 - 1,8 - 0,2 ( $dp=3,397$  - 2,806 - 2,290); e no **Ajustamento Social** (DXVII) 3,7 - 3,4 - 2,9 ( $dp=2,387$  - 4,926 - 2,478).

**Tabela 25** - Valores dos domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP em relação aos valores de **IMC**.

	Peso normal		Excesso peso		Obesidade		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>DXI</b>	9,6	12,559	10,8	10,423	10,8	10,068	10,2	10,719
<b>DXII</b>	4,9	4,852	9,6	10,925	6,0	6,311	6,9	7,924
<b>DXIII</b>	3,2	4,970	5,3	7,898	2,9	3,313	3,7	5,720
<b>DXIV</b>	8,6	8,405	8,3	10,163	6,5	8,828	7,6	8,978
<b>DXV</b>	2,6	3,397	1,8	2,806	0,2	2,290	1,7	2,830
<b>DXVI</b>	2,8	3,194	2,6	5,514	1,9	2,465	2,4	3,894
<b>DXVII</b>	3,7	2,387	3,4	4,926	2,9	2,478	3,3	3,427
<b>DXVIII</b>	6,6	6,868	8,4	8,527	8,2	10,353	7,7	8,469

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

No que respeita aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 26), verificamos que a média mais elevada foi apresentada nos indivíduos que tinham *peso normal* nos fatores: **Autonomia pessoal** (FA) 86,7 - 88,2 ( $dp=14,724 - 24,487 - 19,477$ ); **Autonomia comunidade** (FB) 73,8 - 59,0 - 65,46 ( $dp=26,553 - 33,503 - 30,994$ ); e de **Responsabilidade social/pessoal** (FC) 42,7 - 34,2 - 36,5 ( $dp=10,891 - 17,223 - 13,125$ ). Nos fatores *ajustamento* constatamos que as médias foram inferiores nos indivíduos que tinham *obesidade*: no **Ajustamento pessoal** (FD) 14,2 - 12,6 - 8,6 ( $dp=12,641 - 16,869 - 11,885$ ) e no **Ajustamento social** (FE) 25,3 - 37,2 - 36,5 ( $dp=20,029 - 32,971 - 25,777$ ).

**Tabela 26** - Valores dos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP em relação aos valores de **IMC**.

	Peso normal		Excesso peso		Obesidade		Total	
	X	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp
<b>FA</b>	91,9	14,724	86,7	24,487	88,2	19,477	89,1	19,635
<b>FB</b>	73,8	26,553	59,0	33,503	65,46	30,994	66,9	30,925
<b>FC</b>	42,7	10,891	34,2	17,223	36,5	13,125	38,2	14,501
<b>FD</b>	14,2	12,641	12,6	16,869	8,6	11,885	11,4	13,860
<b>FE</b>	25,3	20,029	37,2	32,971	36,5	25,777	30,8	26,761

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia comunidade; **FC**-Responsabilidade social/pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **X**-Média; **Dp**-Desvio-Padrão.

### 3.4 - Análise inferencial

Na análise da relação entre as variáveis idade (<40 vs ≥40), sexo e diagnóstico (apoio limitado vs apoio amplo) com os domínios de *desempenho funcional* da ECAP (Tabela 29), constatou-se a existência de diferenças significativas no domínio **Socialização** ( $p=0,039$ ) entre os sujeitos com *menos de quarenta anos* e os sujeitos com *idade igual ou superior a quarenta anos*. Quanto ao sexo não se denotaram diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres. Já quanto à relação com o *tipo de apoio* verificou-se a existência de diferenças significativas nos domínios **Autonomia** ( $p= 0,013$ ) e **Desenvolvimento Físico** ( $p=0,034$ ) entre os indivíduos com DID e necessidade de apoio limitado e os indivíduos com DID e necessidade de apoio amplo.

**Tabela 27** – Relação entre os domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* com **idade, sexo e diagnóstico**.

	<40 vs ≥40		SEXO		APOIO LIMITADO VS APOIO AMPLO	
	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>DI</b>	194,500	ns	129,000	0,071	108,000	0,013
<b>DII</b>	182,000	ns	185,500	ns	121,000	0,034
<b>DIII</b>	153,000	ns	178,000	ns	138,000	ns
<b>DIV</b>	185,500	ns	171,000	ns	141,000	ns
<b>DV</b>	152,000	ns	144,500	ns	139,500	ns
<b>DVI</b>	178,000	ns	129,000	ns	138,000	ns
<b>DVII</b>	144,500	ns	141,000	ns	151,000	ns
<b>DVIII</b>	155,500	ns	140,500	ns	154,000	ns
<b>DIX</b>	137,000	ns	126,500	ns	140,500	ns
<b>DX</b>	122,500	0,039	169,500	ns	128,000	0,054

**DI**-Autonomia; **DII**-Desenvolvimento Físico; **DIII**- Atividade económica; **DIV**-Desenvolvimento Linguagem; **DV**-Números/Tempo; **DVI**-Atividade Doméstica; **DVII**-Atividade pré-profissional; **DVIII**-Personalidade; **DIX**-Responsabilidade; **DX**-Socialização; *U* - Mann-Whitney; *P*- Pearson(<0,05); **ns** – não significativo.

Quanto à análise da relação dessas mesmas variáveis com os domínios dos *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 30) só se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas, na relação do domínio **Ajustamento social** ( $p= 0,045$ ) entre os indivíduos *mais novos* (menos de quarenta anos) e os indivíduos *mais velhos* (igual ou superior a quarenta anos de idade).

**Tabela 28** – Relação entre os domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP com **idade, sexo e diagnóstico**.

	<40 vs ≥40		SEXO		APOIO LIMITADO VS APOIO AMPLO	
	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>DXI</b>	161,000	ns	175,000	ns	185,000	ns
<b>DXII</b>	132,500	ns	179,500	ns	199,500	ns
<b>DXIII</b>	128,000	0,058	187,000	ns	169,000	ns
<b>DXIV</b>	161,500	ns	173,500	ns	135,000	ns
<b>DXV</b>	168,500	ns	191,500	ns	174,000	ns
<b>DXVI</b>	128,000	0,058	172,000	ns	163,000	ns
<b>DXVII</b>	<b>124,500</b>	<b>0,045</b>	191,500	ns	182,000	ns
<b>DXVIII</b>	156,500	ns	185,500	ns	183,000	ns

**DXI**-Comportamento social; **DXII**-Conformidade; **DXIII**-Merecedor confiança; **DXIV**-Comportamento estereotipado e hiperativo; **DXV**-Comportamento sexual; **DXVI**-Comportamento auto-abusivo; **DXVII**-Ajustamento Social; **DXVIII**-Comportamento Interpessoal Perturbado; **U**-Mann-Whitney ; **P**-Pearson(<0,05); ns – não significativo

Quanto aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 31) verificou-se a existência de diferenças significativas na relação da variável *tipo de apoio* com os fatores **Ajustamento pessoal** ( $p=0,013$ ) e **Ajustamento na comunidade** ( $p= 0,014$ ) entre os indivíduos com DID e necessidade de apoio limitado e os indivíduos com DID e necessidade de apoio amplo.

**Tabela 29** - Relação entre os fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP com **idade, sexo e diagnóstico**.

	<40 vs ≥40		SEXO		APOIO LIMITADO VS APOIO AMPLO	
	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>FA</b>	194,500	ns	151,000	ns	<b>108,000</b>	<b>0,013</b>
<b>FB</b>	185,000	ns	134,000	ns	<b>109,500</b>	<b>0,014</b>
<b>FC</b>	134,500	ns	143,500	ns	142,000	ns
<b>FD</b>	169,500	ns	194,500	ns	197,000	ns
<b>FE</b>	131,500	0,070	177,000	ns	192,000	ns

**FA**-Autonomia pessoal; **FB**-Autonomia na comunidade; **FC**-Responsabilidade pessoal; **FD**-Ajustamento pessoal; **FE**-Ajustamento social; **Min**-Mínimo; **Max**-Máximo; **U**- Mann-Whitney; **P**-Pearson (<0,05); ns – não significativo.

Na análise da relação entre as variáveis comorbilidades associadas à DID (neurológicas, psíquicas, combinadas e outras) farmacoterapia utilizada (anticonvulsiva, antipsicótica/antidepressiva, combinadas e outras), redes sociais de apoio (respostas informais, respostas formais e respostas combinadas) e IMC (baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade) com os domínios de *desempenho funcional* da ECAP (Tabela

30) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis *comorbilidades associadas à DID e farmacoterapia utilizada*. Já na relação com as *redes sociais de apoio*, verificou-se a existência de diferenças significativas nos domínios **Números/Tempo** ( $p=0,024$ ) e **Personalidade** ( $p=0,004$ ) entre os indivíduos que tinham respostas de apoio informais, formais ou combinadas. Também se verificaram diferenças significativas na relação com o *IMC* nos domínios **Atividade Doméstica** ( $p=0,014$ ) e **Responsabilidade** ( $p=0,041$ ) entre os indivíduos que apresentavam baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade.

**Tabela 30** - Relação entre os domínios de *Desempenho funcional: Independência pessoal e Responsabilidade na vida diária* com *comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC*.

	NEUROLOGICAS vs PSIQUICAS vs OUTRAS		ANTICONVULSIVA vs ANTIPSIOTICA/ ANTIDEPRESSIVA vs COMBINADA vs OUTRA		RESPOSTAS INFORMAIS vs RESPOSTAS FORMAIS vs RESPOSTAS COMBINADAS		PESO NORMAL vs EXCESSO PESO vs OBESIDADE	
	<i>K</i>	<i>P</i>	<i>K</i>	<i>P</i>	<i>K</i>	<i>P</i>	<i>K</i>	<i>P</i>
<b>DI</b>	2,485	ns	1,162	Ns	3,040	ns	4,040	ns
<b>DII</b>	4,095	ns	0,553	Ns	1,210	ns	3,103	ns
<b>DIII</b>	3,536	ns	3,334	Ns	3,117	ns	3,751	ns
<b>DIV</b>	1,898	ns	1,845	Ns	4,668	ns	2,939	ns
<b>DV</b>	2,109	ns	0,179	Ns	<b>7,458</b>	<b>0,024</b>	0,661	ns
<b>DVI</b>	4,896	ns	0,839	Ns	4,625	ns	5,078	ns
<b>DVII</b>	2,230	ns	2,699	Ns	1,492	ns	<b>8,495</b>	<b>0,014</b>
<b>DVIII</b>	3,356	ns	4,219	Ns	<b>10,831</b>	<b>0,004</b>	2,470	ns
<b>DIX</b>	2,561	ns	0,714	Ns	0,963	ns	<b>6,374</b>	<b>0,041</b>
<b>DX</b>	3,347	ns	0,561	Ns	4,869	ns	2,708	ns

**DI**-Autonomia; **DII**-Desenvolvimento Físico; **DIII**- Atividade económica; **DIV**-Desenvolvimento Língua; **DV**-Números/Tempo; **DVI**-Atividade Doméstica; **DVII**-Atividade pré-profissional; **DVIII**-Personalidade; **DIX**-Responsabilidade; **DX**-Socialização; **K**-Kruskal-Wallis; **P**-Pearson ( $<0,05$ ); ns – não significativo.

Quanto à análise da relação dessas mesmas variáveis com os domínios dos *Comportamentos Desviantes* da ECAP (Tabela 31) verificou-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação com o domínio **Comportamento estereotipado e hiperativo** ( $p=0,006$ ) entre os indivíduos que tinham respostas de apoio informais, formais ou combinadas.

**Tabela 31** - Relação entre os domínios de *Comportamentos Desviantes* da ECAP com **comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC.**

	NEUROLOGICAS vs PSIQUICAS vs OUTRAS		ANTICONSULSIVA vs ANTIPSIOTICA/ ANTIDEPRESSIVA vs COMBINADA vs OUTRA		RESPOSTAS INFORMAIS vs RESPOSTAS FORMAIS vs RESPOSTAS COMBINADAS		PESO NORMAL vs EXCESSO PESO vs OBESIDADE	
	K	P	K	P	K	P	K	P
DXI	0,932	ns	1,015	Ns	2,683	ns	2,609	ns
DXII	4,591	ns	1,084	Ns	2,132	ns	0,263	ns
DXIII	3,387	ns	7,121	Ns	3,143	ns	0,956	ns
DXIV	3,866	ns	0,465	Ns	<b>10,229</b>	<b>0,006</b>	2,598	ns
DXV	5,928	ns	3,302	Ns	1,097	ns	2,026	ns
DXVI	4,400	ns	0,840	Ns	0,507	ns	1,468	ns
DXVII	4,952	ns	4,270	Ns	3,069	ns	1,612	ns
DXVIII	2,634	ns	1,845	Ns	3,300	ns	0,394	ns

DXI-Comportamento social; DXII-Conformidade; DXIII-Merecedor confiança; DXIV-Comportamento estereotipado e hiperativo; DXV-Comportamento sexual; DXVI-Comportamento auto-abusivo; DXVII-Ajustamento Social; DXVIII-Comportamento Interpessoal Perturbado; K-Kruskal-Wallis; P-Pearson (<0,05); ns – não significativo.

Quanto à relação das variáveis anteriores e aos fatores *Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento* da ECAP (Tabela 32) verificou-se também apenas, a existência de diferenças significativas na relação do *desempenho funcional com as redes sociais de apoio* nos fatores **Ajustamento pessoal** ( $p=0,025$ ) e **Responsabilidade pessoal** ( $p=0,049$ ) entre os indivíduos que tinham respostas de apoio informais, formais ou combinadas.

**Tabela 32** - Relação entre os fatores Autonomia, Responsabilidade e Ajustamento da ECAP com **comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais apoio e IMC.**

	NEUROLOGICAS vs PSIQUICAS vs OUTRAS		ANTICONSULSIVA vs ANTIPSIOTICA/ ANTIDEPRESSIVA vs COMBINADA vs OUTRA		RESPOSTAS INFORMAIS vs RESPOSTAS FORMAIS vs RESPOSTAS COMBINADAS		PESO NORMAL vs EXCESSO PESO vs OBESIDADE	
	K	P	K	P	K	P	K	P
FA	2,925	ns	0,988	Ns	<b>7,416</b>	<b>0,025</b>	0,251	ns
FB	2,468	ns	1,427	Ns	4,862	ns	2,869	ns
FC	3,041	ns	1,231	Ns	<b>6,037</b>	<b>0,049</b>	4,183	ns
FD	4,609	ns	0,902	Ns	4,676	ns	3,656	ns
FE	4,681	ns	1,358	Ns	3,497	ns	1,397	ns

FA-Autonomia pessoal; FB-Autonomia na comunidade; FC-Responsabilidade pessoal; FD-Ajustamento pessoal; FE-Ajustamento social; Min-Mínimo; Max-Máximo; K-Kruskal-Wallis; P-Pearson (<0,05); ns – não significativo.



## **4 – DISCUSSÃO**

### **4.1 - Discussão da metodologia**

O presente estudo teve como objectivo geral conhecer e caraterizar o perfil de funcionalidade tipo duma população adulta com DID, integrada numa cooperativa de solidariedade social (CERCI) desde a idade escolar, em processo de envelhecimento. Para a sua concretização optou-se por uma metodologia de natureza descritiva para facilitar a descrição dos traços principais da construção de um perfil de funcionalidade tipo.

De uma maneira geral, os investigadores elegem os 45 ou 50 anos como o ponto de inflexão para o estudo das caraterísticas associadas ao envelhecimento nesta população dado que, a partir deste momento começa a revelar-se uma diminuição das suas capacidades e aptidões. Aparentemente, quanto mais profunda é a deficiência e os problemas associados mais cedo se manifestarão os sinais de envelhecimento (Muñoz, 2007).

Dado alguns dos objetivos específicos propostos terem sido baseados na caraterização da amostra, composta por 40 indivíduos, de acordo com a idade cronológica, esta foi dividida em dois grupos, um grupo com idade inferior a 40 anos ( $n=22$ ) e um grupo com idade igual ou superior a 40 anos ( $n=18$ ). Os critérios de divisibilidade para além do ponto de inflexão anteriormente referido, refletiram a necessidade de pensar, numa perspetiva preventiva, em propostas concretas para a população idosa com DID que remetam para o conceito de qualidade de vida enquanto percepção individual da saúde física, das relações sociais, das crenças, das convicções pessoais e da sua relação com aspetos relevantes dos contextos onde está inserida (OMS, 2001).

A selecção do instrumento de avaliação, *"Escala de Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa"* (ECAP, 2004) prendeu-se com a circunstância de ser um instrumento de avaliação e recolha de dados referentes as capacidades adaptativas específicas da população com DID no momento da avaliação (Santos & Morato, 2004).

## **4.2 - Discussão dos resultados da análise descritiva da amostra**

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, no que diz respeito à *caraterização sóciodemográfica* da amostra, a média de idades é de 38 anos sendo maioritariamente do sexo masculino e com necessidade de apoio limitado. Apesar da média de idades ser ligeiramente inferior ao encontrado noutros estudos similares efetuados em Portugal com esta população, as *caraterísticas sociodemográficas* são semelhantes (Santos, 2007 & Peralta *et al*, 2013).

De notar que outros aspetos relevantes para a *caraterização social* dos sujeitos da amostra como a situação económica, o estado civil ou as habilitações literárias não foram considerados para tratamento estatístico, porque 100% dos sujeitos da nossa amostra vivia de apoio financeiro do estado (subsídio), eram solteiros e não tinham escolaridade.

Na análise por grupos de idade relativamente ao diagnóstico, alguns autores defendem que a par da idade, o tipo de necessidade de apoio é um dos aspetos relevantes para a esperança de vida nestas pessoas (Heller & Factor, 2008). Foi no grupo dos mais idosos que se encontrou o maior número de indivíduos com DID e necessidade de apoio mais amplo. Possivelmente, uma das causas deste resultado possa ter sido a opção de exclusão da nossa amostra, de indivíduos cuja etiologia da DID estivesse associada a outras condições (genéticas e neurológicas) sendo este também um dos outros fatores que interferem na forma de envelhecimento desta população (Lifshitz *et al*, 2008).

Na análise das redes sociais de apoio realçamos o fato de ser no grupo dos mais idosos que se encontra o maior número de institucionalizações dado que, muitas destas famílias debatem-se já com a problemática do duplo envelhecimento: da pessoa com DID e do seu cuidador principal (Muñoz, 2007).

Apesar de ser importante para a qualidade de vida da pessoa com DID permanecer na família o mais tempo possível, o envelhecimento dos seus cuidadores cria dificuldades acrescidas à situação, muitas vezes já fragilizada, destas famílias (Figueiredo, 2007).

Do ponto de vista das respostas formais, começam a surgir trabalhos que procuram investigar as necessidades de adaptação dos serviços e as necessidades sentidas pelos técnicos às problemáticas específicas desta população. Lin e colegas (2011) investigaram as

perspetivas dos diretores das instituições face ao envelhecimento das pessoas com DI, as necessidades de adaptação das mesmas e as prioridades em termos de revisão legislativa quanto ao envelhecimento da pessoa com DI. A equipa de Bigby (2008) auscultou a opinião dos técnicos quanto à problemática do internamento de pessoas com DI em lares de idosos. Em Portugal, a FENACERCI (2013) apresentou um trabalho de investigação que procurou por um lado, caracterizar a população com DI das suas associadas e proceder ao diagnóstico do tipo de serviços atualmente existentes e por outro lado, responder às necessidades de formação específica nesta área do pessoal. Deste trabalho resultou “*um referencial de formação dirigido a prestadores de cuidado...*” (Peralta *et al*, 2013).

Relativamente à análise dos *aspetos relacionados com a saúde* observamos que na nossa amostra, ainda não se verifica um aumento significativo dos problemas de saúde física ou mental, apesar de aparecerem já algumas problemáticas mais prevalentes no grupo dos indivíduos mais idosos. Estão neste caso o hipotireoidismo e problemas gastrointestinais como obstipação e disfunções ou lesões associáveis à toma regular de medicação. A literatura refere que parece haver uma degradação precoce destes aspetos com o envelhecimento desta população (Lin *et al*, 2011). A nível neurológico há uma maior incidência de epilepsia e problemas visuais e auditivos do que em relação à população em geral (Jansen *et al*, 2004). Segundo alguns autores há um aumento das queixas físicas sistémicas a partir dos 40 anos (Merrick *et al*, 2003; Henderson *et al*, 2009) e o desenvolvimento de doenças mentais (perturbações de ansiedade e humor, quadros demenciais) após os 50 anos de idade (Janicki *et al*, 2002; Torr & Davis, 2007; Gangadharan *et al*, 2009). Os comportamentos não-verbais, tais como a lentificação psicomotora e sintomas somáticos de depressão, são manifestações importantes quando a pessoa não tem capacidade de verbalizar e comunicar adequadamente (Davidson *et al*, 2003).

Associada ao aumento dos problemas de saúde quer físicos quer mentais, a idade origina uma resposta mais lenta à terapêutica medicamentosa e um aumento da medicação pode originar uma interação medicamentosa e efeitos secundários adversos, sobretudo quando à necessidade de prescrever ou aumentar a farmacoterapia psicoativa (Janicki *et al* 2002).

Na generalidade desta população, não institucionalizada, o acompanhamento médico é tardio o que leva a um aumento significativo dos problemas de saúde física ou mental (Heller & Factor, 2008).

Quanto ao *estado de nutrição* (IMC) não há muita informação disponível sobre a prevalência de determinados estilos de vida relacionados com fatores de risco para a saúde (obesidade, má alimentação, sedentarismo, tabagismo e abuso de álcool) já de si debilitada, entre população com DID. Comparando os resultados encontrados com outros estudos (Robertson, 2000; Jansen *et al*, 2004) verificamos que a percentagem de indivíduos com excesso de peso e obesidade foram as situações que encontramos com maior expressividade. Os baixos níveis de atividade física combinados com dietas hipercalóricas, provavelmente desempenham um papel importante no desenvolvimento de obesidade e também de outro tipo de problemáticas como doenças cardiovascular, Diabetes tipo 2, obstipação, osteoporose, incontinência e artrite em adultos mais velhos com DID (Winter *et al*, 2012; Haveman, 2010).

Segundo alguns autores, ao longo do processo de envelhecimento as competências necessárias para o desempenho funcional e social vão diminuindo nos indivíduos com DID (Lifshitz & Merrick, 2004; Hendorson *et al*, 2009, Hilgenkamp *et al*, 2011). Analisando as tabelas de conversão da ECAP os valores médios dos domínios de desempenho funcional e comportamentos desviantes da amostra por grupos de idade inferior e igual ou superior a quarenta anos verificamos que o resultado era semelhante, um *nível médio*. Embora não tenha havido diferenças significativas, a literatura refere que para além da idade (Hendorson *et al*, 2009), o diagnóstico (Hilgenkamp *et al*, 2011) e a etiologia (Lifshitz & Merrick, 2004) da DID influenciam o grau de adaptabilidade funcional. Estes últimos autores referem que indivíduos com DID de etiologia não específica, como é o caso da nossa amostra, apresentam menos limitações no desempenho funcional quando comparados com grupos etiológicos de DI.

#### **4.3 - Discussão dos resultados da análise inferencial amostra**

Neste estudo efetuamos uma análise das relações entre a variável desempenho funcional e as variáveis idade, sexo, diagnóstico, comorbilidades associadas à DID, farmacoterapia utilizada, redes sociais de apoio e IMC utilizando o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Dos resultados encontrados destacamos que a **idade** e o **tipo de necessidades de apoio** apresentaram uma relação estatisticamente significativa com o ajustamento pessoal, social

e comunitário. Verificamos assim, que os indivíduos mais idosos têm um pior desempenho funcional quer a nível pessoal e social, quer a nível comunitário.

Nos indivíduos com DID parece haver um desajuste entre as suas capacidades e as exigências do contexto onde estão inseridos, o que se manifesta por dificuldades em lidar com as várias situações da vida quotidiana obrigando a uma diversidade apoios (físicos, sociais e psicológicas - Alonso *et al.*, 2009), para melhorar a sua funcionalidade (Thompson *et al.*, 2009; Schalock *et al.*, 2010).

De acordo com a literatura, o comportamento adaptativo varia com a idade (Lambert *et al.*, 1993; Tassé *et al.*, 2012), nomeadamente as competências nas AVD básicas e instrumentais, sendo influenciadas pelo tipo de necessidades de apoio que os indivíduos com DID apresentam (Hilgenkamp *et al.* 2011).

Heller & Factor (2008) destacam a importância das relações sociais e do envolvimento na comunidade para um processo de envelhecimento bem sucedido nos indivíduos com DID. No entanto, os mesmos autores referem que estas pessoas têm menos contatos sociais, menos oportunidades para fazer amigos e menor envolvimento em atividades comunitárias do que os seus pares sem DID.

Nas **respostas sociais de apoio** os resultados revelaram diferenças significativas do desempenho funcional com os domínios noção de tempo, personalidade e comportamentos estereotipados/hiperativos. Podemos dizer que dependendo do tipo de respostas sociais a que estavam sujeitos, os indivíduos manifestaram maiores dificuldades na questão do reconhecimento dos algarismos/números e na sua relação com o tempo (horas, equivalência de horas com eventos); revelaram características de personalidade que dificultam o seu envolvimento e relacionamento com os pares; e por último, apresentaram alguns dos comportamentos desviantes dos existentes na comunidade com DID. Observamos igualmente relações estatisticamente significativas no ajustamento e responsabilidade pessoal.

A investigação revela que o tipo de residência é uma variável importante a ter em consideração, em que os indivíduos institucionalizados manifestam mais problemas de saúde e pior desempenho funcional (Patja *et al.*, 2000; Lifshitz, 2002). No entanto, estudos posteriores revelaram que a institucionalização não era suficiente para explicar o tipo de

problemas apresentados, mas sim a combinação desta variável com a idade e com a etiologia da DID (Lifshitz *et al*, 2008).

O comportamento de pessoas com DID, na ausência de restrições impostas pela vida institucional parece ter, portanto, uma maior semelhança com o da população em geral (Haveman, 2010).

No nível de **IMC** verificamos diferenças estatisticamente significativas no desempenho funcional dos indivíduos com maior ou menor índice de massa corporal nas atividades domésticas e responsabilização.

A obesidade é atualmente um problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos e os indivíduos adultos com DID parecem ter uma taxa de incidência de obesidade superior à população em geral, sobretudo as mulheres (Melville, 2008). Num estudo realizado na Holanda sobre a prevalência de excesso de peso e de obesidade desta população (Winter *et al*, 2012), concluíram que o risco de obesidade está ligado ao sexo (maior nas mulheres), a farmacoterapia utilizada (nomeadamente os antipsicóticos), às comorbilidades associadas (como o autismo) e ao nível de desempenho funcional (nas pessoas com DID que são autónomas na alimentação, o fazer compras e preparar uma refeição de forma autónoma, tendem a ter piores hábitos alimentares).

#### **4.4 – Limitações do estudo**

Dada a limitação de tempo para a concretização de um trabalho desta natureza, optou-se por uma amostra de conveniência ficando os seus resultados circunscritos aos sujeitos avaliados, sendo essa uma das limitações deste projecto.

Consciente das limitações e conotações inerentes ao termo de deficiência mental (Albuquerque, 2000), optou-se pela classificação da AAIDD (1992, 2002, 2010) que “classifica” os indivíduos com Dificuldades Intelectuais, não pelas características intrínsecas aos mesmos, mas pelo tipo de apoios que necessitam para ultrapassar as suas dificuldades (apoios intermitentes, limitados, extensivos, permanentes). No entanto, os indivíduos desta amostra vinham já previamente diagnosticados pela classificação mais tradicional (deficiência mental moderada e profunda) podendo ter-se incorrido nalguma inferência com esta alteração de classificação.

O próprio instrumento em si, a ECAP, que apesar de ser uma escala de avaliação dos comportamentos adaptativos específica para esta população, ainda só está disponível para investigação o que não facilitou a sua aplicação. No entanto, uma das condições para a utilização correta desta escala, recomendada pelos autores, é, precisamente a importância da prática no seu manejo, o que acabou por se tornar numa contradição sentida pela investigadora.

## **5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento da população com DID é um fenómeno recente sendo por isso importante caracteriza-lo através da utilização de instrumentos específicos que permitam aprofundar as características e necessidades particulares desta população, diferenciando-a da população idosa em geral.

Sendo a ECAP um instrumento que avalia os comportamentos individuais na vida diária e a qualidade dos mesmos na interação com a envolvente, a sua utilização numa amostra de indivíduos adultos com DID com vista a uma caracterização funcional dos mesmos, permitiu ter uma noção da sua aplicabilidade. Possibilitou, igualmente, um conhecimento profundo e quantificado das necessidades de apoio dos sujeitos, passível de ser aplicado longitudinalmente.

O avanço na idade foi o fator mais associado à perda de competências funcionais requerendo apoio de terceiros. Este fator apareceu relacionado com o tipo de necessidades de apoio que os indivíduos com DID apresentavam, nomeadamente ao nível das competências nas AVD básicas e instrumentais.

As redes sociais de apoio foram outro dos fatores que surgiu relacionado com a perda de funcionalidade. Os indivíduos com DID, dependendo do tipo de respostas a que estão sujeitos, encontram-se menos preparados nos aspetos funcionais a nível pessoal do que a população em geral.

O estado nutricional surgiu como um aspeto a ter em consideração no processo de envelhecimento desta população. Os indivíduos com DID e problemas de peso parecem ter maiores dificuldades na realização das tarefas necessárias para a manutenção de uma vida mais autónoma.

As conclusões obtidas neste estudo permitem reafirmar, assim, a importância que o processo de envelhecimento tem na diminuição da funcionalidade dos indivíduos com DID.

Com base nos objetivos, experiência adquirida e resultados obtidos pensamos ser possível e oportuno desenvolver trabalho subsequente, orientado para o delineamento de indicadores de funcionalidade relativamente a esta população.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, C. (2013). Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI. *Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS*

Albuquerque, M. C. (2000). A criança com deficiência mental ligeira. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. *Livros SNR nº17*.

Alonso, M. V.; Schalock R.L.; Keith K.D.; Stancliffe R.J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *J Intellect Disabil Res.* 49 (10)707 - 17.

Alonso, M., Modinos, F., Sánchez, L. & Santamaría, S. (2009). Bases para el desarrollo de un modelo de evaluación para personas con discapacidad intelectual adultas que viven en servicios residenciales. *Salamanca - Inico*.

Alonso, M. V. (2010) Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. *INICO, Universidad d Salamanca*. 83-100.

Alonso, M. V.; Schalock R.L.; Keith K.D.; Stancliffe R.J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *J Intellect Disabil Res.* 49 (10)707 - 17.

Alves, P. (2012). Estudo de follow-up do processo de envelhecimento de adultos com deficiência mental. *Dissertação* (Mestrado Integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia. UTL- FP.

Aguilella, A.R.; Alonso, M.V. & Gómez, C.S. (2008) Family Quality of Life and Supports for Parents of Ageing People with Intellectual Disabilities. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Universidad de Salamanca). *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 39 (3), 227, 19 – 34.

APA: Referências e citações bibliográficas (2012). *Instituto Politécnico de Coimbra. Escola Superior de Educação*, 6ª Ed.

Baltazar, J. (2013). Envelhecimento das pessoas com deficiências: necessidades e desafios. *Revista Diferença, semestral, n.º17. Boletim Informativo Institucional - AFID*.

Bento, V. (2008). Respostas sociais para o envelhecimento do indivíduo portador de deficiência mental. *Tese de Mestrado. Universidade Lusíada de Lisboa*.

Bigby, C. (2008). Known well by no-one: Trends in the informal social networks of middle-aged and older people with intellectual disability five years after moving to the community. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(2), 148 – 157

Bittles, A. et al (2002). The influence of intellectual disability on life expectancy. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science*, 57.

Botelho, M.A. (2005) A funcionalidade dos idosos. In: *Climepsi Ed. Envelhecer em Portugal*. 111-135, Lisboa.

Botelho, M.A. (2007). Idade Avancada – características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 191-195.

Butcher, S., & Wilton, R. (2008). Stuck in transition? Exploring the spaces of employment training for youth with intellectual disability. *Geoforum*, 39.

Burt, D. B., Primeaux-Hart, S., Loveland, K. A., Cleveland, L. A., Lewis, K. R., Lesser, J., Pearson, P. L. (2005). Aging in Adults With Intellectual Disabilities University of Texas Medical School-Houston. *American journal on mental retardation*, 110, (4) 268–284.

Buys, L., Boulton-Lewis, G., Tedman-Jones, J, Edwards, H., & Knox, M. (2008). Issues of active aging: perceptions of older people with lifelong intellectual disability. *Australasian Journal on Ageing*, 27 (2), 67 - 71.

Davidson P. W., Janicki M. P., Ladrigan P., Houser K., Henderson C. M. & Cain N. N. (2003). Associations between behavior disorders and health status among older adults with intellectual disability. *Aging & Mental Health*, 7(6), 424–430.

Fleck, M.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, 34 (2) 178-83

FENACERCI; EUROPEAN INSTITUTE FOR THE MEDIA; FEAPS; HFT; INCLUSIÓN EUROPE (2004) “Guía para los profesionales de los medios de comunicación. Como informar sobre Personas con Discapacidad Intelectual. Lisboa.

Fernandes, A.A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, in *Sociologia: Problemas e Práticas*, 36, 39-52.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: *Climepsi Editores*.

Fisher, K., & Kettl, P. (2005). Aging with mental retardation - Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies. *Geriatrics*, 60, 26-29.

Fontes, A.P.; Fernandes, A.A.; Botelho, M.A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*, 28(2)171-178

Fontene, R. (2000). O Envelhecimento e as suas causas. *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: *Climepsi Editores*.

Gangadharan, S., Devapriam, J., & Bhaumik, S. (2009). People with learning disability and ageing. *Epidemiology & Classification of Mental Ill Health in Learning Disability*, 8 (10), 382 – 386.

Harries, J.; Guscia, R.; Kirby, N.; Nettelbeck, T & Taplin, J. (2005). Support Needs and Adaptive Behaviors. *American Journal on Retardation*. 110 (5), 393-404.

Haveman, M (2010). Major Health Risks in Aging Persons With Intellectual Disabilities: An Overview of Recent Studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 59–69.

Haveman, M.; Perry, J.; Carulla, L.S.; Walsh, P.N.; Kerr, M.; Schrojenstein, H.; Valk, L.; Hove, G.; Berger, D. M.; Azema, B.; Buono, S.; Cara, A.C.; Germanavicius, A.; Linehan, C.; Määttä, T.; Tossebro, J. & Weber, G. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36 (1), 49-60. <http://dx.doi.org/10.3109/13668250.2010.549464>

Heller, T., & Factor, A. (2008). Family support and intergenerational caregiving: report from the State of the Science in Aging with developmental Disabilities Conference. *Disability and Health Journal* (1) 131-135.

Henderson, C.; Acquilano, J.; Meccarello, J.; Davidson, P.; Robinson, L. & Janickl, M. (2009). Health status and activities of daily living and walkin in older people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (4).

Hilgenkamp, T., Wijck, R., & Evenhuis, H. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1977-1987.

Hogg, J. (1997). Intellectual Disability and ageing: ecological perspectives from recent research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(2), 136 – 143.

Ibáñez, F. (2002). Envejeciendo com retraso mental, sociodemografia, desafios, propostas. In: R. Gil, *Hacia una cálida vejez - Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental* Madrid: FEAPS. 17-77

INE (2009). Projeções da População Residente em Portugal, 2008-2060. [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (acedido em 2013-10-17).

Jacob, L. (2001). A velhice. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre. *ISCTE*, Lisboa.

Jacobson, J., Mulick, J. & Rojahn, J. (2007). Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. *Springer Science+Business Media, LLC, New York*.

Janicki, M.; Davidson, P.; Henderson, C.; McCallion, P.; Force, L.; Sulkes, S.; Frangenberg, E., & Ladrigan, P. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (4).

Janicki M. P. & Dalton A. J. (2000) Prevalence of dementia and impact on intellectual disability services. *Mental Retardation* 38, 276-288.

Jansen, D.E., Krol, B., Groothoff, J.W. & Post, D. (2004). People with an intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48. 93-102.

Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H., (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*. Second Edition. Austin, Texas: PRO-ED.

Lifshitz, H. (2002). Attitudes toward aging in adult and elderly people with intellectual disability. *Educational Gerontology*, 28, 745-759.

Lifshitz, H., & Merrick, J. (2004). Aging among persons with intellectual disability in Israel in relation to type of residence, age and etiology. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 193 – 205.

Lifshitz, H. Merrick, J. & Morad, M. (2008). Health status and ADL functioning of older persons with intellectual disability: community residence versus residential residence. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 301 – 315.

Lin, J. Wu, C., Lin, P., Lin, L., & Chu, C. (2011). Early onset ageing and service preparation in people with intellectual disabilities: institutional managers' perspective. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 188 – 193.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tassé, M. J. (2002). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. *American Association on Mental Retardation*, (10<sup>a</sup> ed.) Washington, D.C.

Matson J. L. & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1107–1114.

Melville, A. (2008). The Prevalence and Determinants of Obesity in Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 21, 425–437.

Merrick, J., Kandel, I. & Morad, M. (2003). Health Needs of Adults with Intellectual Disability Relevant for the Family Physician *The Scientific World Journal*, 3, 937–945.

Mirón, C., Alonso, M. V., Serrano, L., Sáenz González, M. (2008) Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Rev Panam Salud Publica*. 24(5):336–44.

Morato, P & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental, in *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.

Muñoz, A. (2007). Envejecimiento de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*, 26.

Novell, R., Rueda, P. & Carulla, L. S. (2013) Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual:Guía práctica para técnicos y cuidadores. *Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS*.

Novell, R.; Nadal, M. ; Smilges, A. ; Pascual,J & Pujol, J. (2008) Seneca: Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña 2000-2008. *Federación Catalana Pro-personas con Discapacidad Intelectual*.

OMS/WHO. (2000). Healthy ageing adults with intellectual disability.Biobehavioural issues. W H O / M S D / H P S / M D P / 0 0.4 G e n e v a: *World Health Organization*. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/24.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/24.pdf) (acedido em 2013-10-17).

OMS (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *OMS & Direção Geral de Saúde*. Lisboa

Palha, M. (2012). Deficiência mental e Défices cognitivos. *Centro de desenvolvimento Infantil, Diferenças*. <http://www.diferencas.net> (acedido em 2013-10-17).

Patja, K.; Iivanainen, M.; Vesala, H.; Oksanen, H. & Ruoppila, I. (2000) Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44 (5), 591 - 599

Peirats, E. B. & Burgos, E. G. (2010). Discapacidad intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI. *Colección FEAPS*, 12. Madrid.

Peralta, A., Neto, S. & Marques, S. (2013). (Des) Envelhecer com qualidade. *FENACERCI*. INR, I.P.

Pereira, A. e Patricio, T. (2013). SPSS guia prático de utilização. Lisboa: *Edições Sílado*.

Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família. Coimbra: *Editores Quarteto*.

Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3), 793 – 798.

Ribeiro, J. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa, *Climepsi Editores*.

Robinson, L., Dauenhauer, J., Bishop, K. & Baxter, J. (2012) Growing Health Disparities for Persons Who Are Aging With Intellectual and Developmental Disabilities: The Social Work Linchpin, *Journal of Gerontological Social Work*. 55 (2) 175 - 190.

Robertson, J. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469–486.

Rosa, D. (2004). Uma reflexão sobre o envelhecimento da pessoa com deficiência. *Revistas Pretexto*, 17 (8). Instituto de Segurança Social.

Rosa, D. (2005). Envelhecimento da pessoa com deficiência. *Revista Diferença*, semestral, n.º6. Boletim Informativo Institucional - AFID.

Rosa, M.J. (2012). Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Lisboa: Relógios D' Água Editores.

Santos, S. & Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa.

Santos, S., (2007). Estudo Psicométrico da Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP). *Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor*, ramo Motricidade Humana, especialidade de Educação Especial e Reabilitação. UTL-FMH.

Santos, S; Morato, P.; Monteiro, A.; Fiúza, R.; Carvalho, R. & Nunes, S. (2008). Adaptação da escala de intensidade de apoios. *Revisão de educação especial e reabilitação*, 15, 43-63.

Santos, S. & Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Porquê? *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, 18 (1), 3-16.

Santos, F.; Groth, S. & Machado, M. (2009). Autonomy markers in brazilian adults with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (3), 212 – 218.

Sarfaty, J. & Zribi, G. (2012). Le vieillissement des personnes handicapées mentales. Presses de l'EHESP.

Schalock, R.L.; Brown, I.; Brown, R.; Cummins, R. A.; Felce, D.; Matikka, L.; Keith, K.D.; & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: *Report of an International Panel of Experts Mental retardation* 40 (6), 457–470.

Schalock, R., & Luckasson, R. (2004). Definition, classification and system of supports and its relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 1, 136-146.

Schalock, R.L.; Luckasson, R.; Bradley, V.; Buntinx, W.; Lachapelle, Y.; Shogren, K.A.; Snell, M.E; Thompson, J.R; Tassé, M; Alonso, M. V. & Wehmeyer, M.L. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports User's Guide. *American Association on Intellectual and Development Disabilities*, (11<sup>a</sup> ed.), Washington, D.C.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. *Lidel – Edições Técnicas*.

Silva, C. (2004). A experiência das famílias com pessoas com necessidades especiais em processo de envelhecimento: uma nova dimensão da desprotecção social. *Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis*.

Strydom, A.; Lee, L.A, Jokinen, N.; Shooshtari, S.; Raykar, V.; Torr, J.; Tsiouris J.A.; Courtenay, K.; Bass, N.; Sinnema, M.; Maaskant, M.A. (2009). Report on the State of Science on Dementia in People with Intellectual Disabilities. *IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities*. 5-49.

Strydom, A.; Chan, T.; King, M.; Hassiotis, A.; Livingston, G. (2013). Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 34, 1881–1885.

Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, F. & Zhang D. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on intellectual and developmental disabilities*. 177, (4), 291-303.

Thorpe, L.; Davidson, P. & Janicki, M. (2000). Healthy Ageing - adults with Intellectual disabilities: Biobehavioural Issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 14, 218-228.  
<http://www.iassid.wisc.edu/SIRGAID-Publications.htm> (acedido em 2013-10-17).

Torr, J. & Davis, R. (2007). Ageing and Mental Health Problems in People with Intellectual Disability. *Curr Opin Psychiatry*, 20(5), 467- 471.

Wehmeyer, M.L; Buntinx, W.; Lachapelle, Y; Luckasson, R.; Schalock, R.L; Alonso, M. V.; Duffy, D.; Bradley, Buntinx, W.; Craig, E. M. ; Coulter, D. L.; Gomez, S. C.; Reeve, A.; Shogren, K. A.; Snell, M. E. ; Spreat, S.; Tasse, M. J.; Thompson, J. R.; Yeager, M.H. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual and developmental disabilities*, 46, (4), 311 - 318

Widmer, E., Kempf-constantine, N., Robert-tissot, C., Lanzi, F., & Caminati, G. (2008). How central and connected am I in my family? Family-based social capital of individuals with intellectual disability, *Research in Developmental Disabilities*, 29, 176 – 187.

Winter, C.F.; Bastiaanse, L.P.; Hilgenkamp, T.I.M.; Evenhuis H.M.; Echteld, M.A. (2012) Overweight and obesity in older people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 398 - 405.

Winter, C.F.; Bastiaanse, L.P.; Hilgenkamp, T.I.M.; Evenhuis H.M.; Echteld, M.A. (2012) Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: Results of the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 722 – 731.